O. FODOR FL. MARIN D. DUMITRAŞCU

RECUPERAREA BOLNAVILOR DIGESTIVI

DACIA

Scanned with OKEN Scanner

616.3
F74

O. FODOR, FL. MARIN, D. DUMITRAȘCU

RECUPERAREA BOLNAVILOR DIGESTIVI

BIBLIOTECA JUDETEANA
„GH.ASACHI"
IASI

EDITURA DACIA
CLUJ-NAPOCA
1978

978623

Scanned with OKEN Scanner

CUPRINS

CUVÎNT ÎNAINTE 7

I. Recuperarea 9

I.1. PRINCIPIILE GENERALE ALE RECUPERĂRII 9

I.2. EXPERTIZA MEDICALĂ, ELEMENT DE BAZĂ AL RECUPERĂRII 18

I.2.A. Metodologia de expertiză medicală 18
I.2.B. Aprecierea prognosticului 20
I.2.C. Analiza locului de muncă 21
I.2.D. Investigația de teren 22
I.2.E. Evaluarea capacității de muncă 23

I.3. RECUPERAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ 24

I.3.A. Măsurile medicale de recuperare 25
I.3.B. Măsurile educativ-profesionale de recuperare 30
I.3.C. Măsurile sociale de recuperare 32
I.3.D. Bazele biologice ale recuperării 46
I.3.E. Bazele psihologice ale recuperării 52

II. Morbiditatea și invaliditatea prin boli digestive 57

II.1. STUDIUL MORBIDITĂȚII SPECIFICE PE GRUPE DE AFECȚIUNI 57

II.2. STUDIUL MORBIDITĂȚII CU INCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ 58

II.3. MORBIDITATEA INTRASPITALICEASCĂ 60

II.4. INVALIDITATEA PRIN BOLI DIGESTIVE 60

II.5. ASPECTE ALE MORTALITĂȚII PRIN BOLI DIGESTIVE . . 61

II.6. ASPECTE ECONOMICE 61

III. Recuperarea bolnavilor cu ulcer gastroduodenal 64

IV. Recuperarea bolnavilor cu stomac operat 78

IV.1. REZECȚIA GASTRICĂ 80

IV.1.A. Sindromul jejunal 81
IV.1.B. Sindromul carențial 83
IV.1.C. Sindromul de ansă aferentă 86
IV.1.D. Ulcerul jejunopeptic postoperator 88
IV.1.E. Gastrita bontului și stomita 92
IV.1.F. Cancerul stomacului operat 92
IV.1.G. Disfuncțiile esocardiale și herniile diafragmatice 92
IV.1.H. Problema intervenției de reconversiune 93

Scanned with OKEN Scanner

IV.2. GASTROENTEROANASTOMOZA 94
IV.3. VAGOTOMIA 95
IV.4. GASTRECTOMIA TOTALĂ 96
V. Recuperarea bolnavilor cu deficit dizaharidazic 103
VI. Recuperarea bolnavilor cu alergie alimentară digestivă 111
VII. Recuperarea bolnavilor cu enteropatie cronică nespecifică 116
VIII. Recuperarea bolnavilor cu enteropatie glutenică 131
IX. Recuperarea bolnavilor cu boală Crohn 141
X. Recuperarea bolnavilor cu tuberculoză intestinală 157
XI. Recuperarea bolnavilor cu rectocolită hemoragică 163
XII. Recuperarea bolnavilor cu sindroame ischemice intestinale . . . 181
XIII. Recuperarea bolnavilor cu stază intestinală segmentară 188
XIV. Recuperarea bolnavilor cu rezecţii enterale extinse 192
XV. Recuperarea deficienţilor cu pancreatită cronică 202
XVI. Recuperarea bolnavilor cu hepatită cronică 213
XVII. Recuperarea bolnavilor cu ciroză hepatică 253
XVIII. Recuperarea bolnavilor cu afecţiuni biliare 269
XIX. Recuperarea bolnavilor cu peritonită, perivisceritâ şi mezenterită retractilă 281
XX. Recuperarea bolnavilor cu fibroză retroperitoneală 292
XXI. Recuperarea bolnavilor cu visceroptoze 295
SUMMARY 300

Scanned with OKEN Scanner

CUVÎNT ÎNAINTE

Ne găsim în „deceniul recuperării". Ultima perioadă a cunoscut tot mai susținute preocupări față de readucerea bolnavilor cronici la o existență activă, în sfera realizărilor și a satisfacțiilor legate de acestea. Redobîndirea valorii sociale s-a impus ca un deziderat superior pentru ființa umană. Medicina și-a asumat în măsură tot mai largă răspunderea pentru actul de reintegrare a persoanei în grup, operînd în același timp — și cu egală grijă — asupra entității deficiente și asupra mediului aferent ei.

Termenul de recuperare folosit cu prioritate în țara noastră și reținut de noi, este superpozabil în înțeles celui larg difuzat în alte limbi, de reabilitare, dar rămîne mai cuprinzător decît alți termeni, ca reeducare sau readaptare. Am diferențiat, după momentul și forța sa de acțiune, trei trepte ale recuperării: primară, secundară și terțiară.

Recuperarea presupune o activitate complexă, dinamică, desfășurată cu participarea unui număr mare de specialiști, cadre medicale sau nemedicale și evident, a subiectului. Ea completează actul medical cu ultima sa secvență, de fapt adevărata măsură a medicinii, restabilirea stării de sănătate sub toate expresiile sale. Recuperarea necesită susținute eforturi interdisciplinare și include urmărirea permanentă, cu asistența și sprijinirea deficientului cronic sub foarte variate aspecte, pentru a-l menține în continuare în planul activității sale. Omul este privit ca ființă polivalentă, biopsihosocială, care trebuie să se adapteze continuu la realitatea în mijlocul căreia se situează. În sens social, recuperarea capacității de muncă se încadrează printre acțiunile destinate să amplifice și să folosească rațional forța de muncă a fiecărui membru al societății, în folosul întregii colectivități și al deficientului însuși.

Literatura privind recuperarea bolnavilor digestivi este destul de redusă pînă în prezent, spre deosebire de alte domenii. Cea mai bogată experiență metodologică se conturează în legătură cu deficienții locomotori și psihici, unde există dealtfel și o istorie mult mai îndelungată. Semnificative progrese se

Scanned with OKEN Scanner

reţin în legătură cu deficienţii cardiaci şi respiratori. Problema abordată prin această lucrare întîmpină de aceea dificultăţi care nu puteau fi depăşite printr-o primă sistematizare de ansamblu, cum este cea de faţă. Lucrarea pe care o prezentăm constituie unul din rezultatele colaborării în studiul bolilor digestive dintre Clinica III Medicală din Cluj-Napoca şi Oficiul judeţean de expertiză medicală şi recuperare a capacităţii de muncă Cluj. S-a căutat ca acţiunile de recuperare a bolnavilor digestivi să fie astfel structurate, încît rezolvarea lor să devină pe deplin posibilă în condiţiile actuale ale organizării medico-sanitare din ţara noastră, dar avîndu-se în vedere şi perspectivele dezvoltării din viitorul apropiat. Întregul proces a fost înţeles ca activitate de echipă, strîns legată de expertiza medicală a capacităţii de muncă, bazată pe achiziţiile ştiinţifice în etiopatogeneză, explorare morfofuncţională şi terapie.

Delimitarea nozologică, expunerea elementelor esenţiale de diagnostic şi analiza premiselor etiopatogenetice şi fiziopatologice au fost incluse ca treaptă necesară pentru întocmirea planului de recuperare, sub diferitele sale aspecte: medical, profesional şi social. Extinderea acordată fiecărui capitol a fost dictată de complexitatea problemelor şi de specificul acţiunii de recuperare. S-au avut în vedere toate posibilităţile care contribuie la restabilirea capacităţii funcţionale a organelor digestive afectate şi a organismului în întregime. Normele de corecţie şi compensare au fost completate cu cele privind cerinţele igieno-alimentare proprii dereglărilor funcţionale existente.

În împlinirea sarcinii noastre am fost încurajaţi şi ajutaţi de existenţa unor lucrări elaborate anterior de colectivul clinicii noastre, de Societatea de gastroenterologie, de Institutul de expertiză medicală şi recuperare a capacităţii de muncă din Bucureşti şi de Oficiul judeţean de expertiză medicală şi recuperarea capacităţii de muncă Cluj.

Am dori ca materialul de faţă să găsească o primire favorabilă în rîndurile colegilor noştri, dar şi al cadrelor nemedicale cu răspunderi care interferează în diverse modalităţi acţiunea dificilă de menţinere şi restabilire a sănătăţii. Specialiştii vor putea găsi, dacă nu în întregime soluţii pentru rezolvarea problemei dezbătute, modele şi îndemn la valorificarea permanentă a resurselor disponibile.

Exprimăm calde mulţumiri Editurii Dacia pentru receptivitatea manifestată faţă de o idee care ne urmărea mai de mult şi pentru strădania depusă la reuşita apariţiei.

Cluj-Napoca, mai 1976

AUTORII

Scanned with OKEN Scanner

I
RECUPERAREA

I.1. PRINCIPIILE GENERALE ALE RECUPERĂRII

Recuperarea deficienților este o problemă care se situează în prezent în centrul atenției medicinii, a întregii societăți. Ea corespunde unui deziderat generat de conceptul umanitar al refacerii stării de sănătate sub toate aspectele sale, inclusiv reintegrarea activă în profesie, în viața familială și socială. Recuperarea presupune nu numai lichidarea bolii, ci vindecarea într-un sens mult mai larg, care asigură manifestarea activă și complexă a persoanei. Reprezintă o nouă atitudine, un nou mod de gîndire față de deficienți și handicapați, în sensul adoptării unei concepții dinamice, active, a cărei finalitate trebuie să fie readucerea acestor persoane în planul realizărilor și al satisfacției. După medicina curativă și cea preventivă, ea este considerată pe drept ca o a treia latură a medicinii (16), prin care se completează măsurile terapeutice curente cu proceduri de readaptare funcțională și de creștere progresivă a capacității de efort a deficienților. *Recuperarea (R) se bazează pe evaluarea și creșterea restantului morfofuncțional al deficientului, pe restabilirea cît mai deplină a capacității funcționale (reduse sau pierdute) și pe dezvoltarea unor mecanisme compensatorii și adaptative care să asigure maximum de funcționalitate, în condiții de activitate profesională.*

Concepția modernă a (R) privește deficiența sau invaliditatea nu numai ca dezechilibru individual, ci ca o dezadaptare socială a persoanei. Boala, și în mod deosebit invaliditatea rezultată, are importante implicații sociale (5). (R) ilustrează în mod pregnant că medicina a trecut din faza individuală în cea colectivă, de masă. Rolul medicului se încheie doar atunci cînd bolnavul muncește și se simte bine muncind.

Acțiunea de (R) depășește barierele tradiționale ale medicinii și urmărește bolnavul nu numai în staționar și ambulator, ci și în ambianța socială, în activitatea productivă. Privește deci

Scanned with OKEN Scanner

omul ca pe o ființă complexă, psiho-bio-socială. Ea presupune, pe lîngă eforturile de a salva bolnavul de la „moartea biologică" și măsuri corespunzătoare pentru salvarea deficienților și handicapaților de la „moartea socială" (5), adică măsuri sociale și educativ-profesionale pentru prevenirea stării de dependență socială. Un asemenea program a devenit posibil și necesar ca urmare a progreselor realizate în organizarea vieții sociale, a îmbunătățirii condițiilor de viață și de muncă, a îmbunătățirii securității și asistenței sociale în ansamblul său, a reducerii efortului fizic în activitatea profesională. Un aport semnificativ aduce posibilitatea de a se crea locuri de muncă după principiile științifice ale ergonomiei, ceea ce permite ca o mare parte dintre handicapați și invalizi să intre în activitatea productivă. Dezvoltarea medicinii și socializarea sa tot mai largă, organizarea unor institute științifice și așezăminte cu scop specific de recuperare, introducerea unei concepții moderne și realiste, specifice condițiilor generale ale țării noastre și în mod deosebit asistenței sanitare actuale și de viitor de la noi, au creat premisele pentru o activitate eficientă de (R).

Istoricul relativ recent al preocupărilor sistematice față de (R) explică de ce definiția acesteia cunoaște încă multiple formulări. Conținutul său medico-social, pluri- și interdisciplinar care aparține totodată medicinii și sociologiei, este în prezent bine delimitat (15, 60). Sesiunea a doua a Comitetului de experți OMS (Geneva, noiembrie 1968) a adoptat următoarea definiție: „Reabilitarea (Rehabilitation) înseamnă folosirea combinată și coordonată a unor măsuri sociale, educative și vocaționale, pentru instruirea sau reinstruirea persoanelor în vederea obținerii unei capacități funcționale maxime posibile" (64).

A V-a Sesiune științifică a Academiei de științe medicale din 22—23 ianuarie 1974 a formulat următoarea definiție cuprinzătoare: „Recuperarea trebuie considerată ca un domeniu de activitate complexă — medicală, educațională și socio-profesională — prin care se urmărește restabilirea cît mai deplină a capacităților funcționale reduse sau pierdute de către o persoană, în urma unor boli congenitale sau dobîndite ori a unor traumatisme, precum și dezvoltarea mecanismelor compensatorii și de adaptare, care să-i asigure posibilitatea de muncă sau autoservire, respectiv o viață activă cu independență economică și/sau socială" /31/.

Prin recuperare se urmărește atît prevenirea invalidității la bolnavii suferind de boli cronice cu potențial invalidant, cît și restabilirea cît mai deplină a capacității funcționale, cu dez-

Scanned with OKEN Scanner

voltarea unor mecanisme compensatorii, pentru a se asigura posibilitatea de muncă sau autoservire, respectiv o viaţă activă, cu independenţă economică şi socială. Prin aceste sarcini, (R), în ansamblul său, nu poate constitui o disciplină izolată, ci o activitate complexă, la care contribuie în egală măsură specialităţi medicale şi paramedicale. Metodologia de (R) este însă unitară.

După obiectivul spre care tinde sau care este atins, se poate vorbi de o (R) *parţială*, cînd se realizează numai capacitatea de autoservire sau redarea parţială a capacităţii de muncă, şi de *(R) totală*, cînd se realizează recîştigarea în întregime a capacităţii de muncă şi încadrarea sau reîncadrarea persoanei în activitate.

Din formularea sarcinilor activităţii de recuperare rezultă că aceasta se efectuează în cadrul unor echipe complexe unitare şi în acelaşi timp multidisciplinare, la care participă cadre medicale cu diferite profiluri: medici specialişti ai bolii respective, medici specialişti în evaluarea capacităţii de muncă şi recuperarea capacităţii de muncă, specialişti în medicina fizică, medici balneo-fizio-kineziterapeuţi, specialişti în medicina muncii, medici de întreprindere etc. Mai participă cadre paramedicale: psihologi, sociologi, tehnicieni sociali, profesori de cultură fizică medicală, ingineri sanitari. Pot fi antrenate totodată sectoare largi cum ar fi industria, învăţămîntul, administraţia locală şi organizaţia sindicală locală.

Deşi (R) este, sub aspectul desfăşurării practice, o activitate unitară, continuativă, din motive didactice şi de sistematizare i se descriu trei etape: etapa medicală a recuperării („Medical Rehabilitation") în terminologia OMS; etapa educativ-profesională a recuperării („Vocational Rehabilitation"); etapa socială a recuperării („Social Rehabilitation").

Aceste etape nu sînt obligatorii în întregime pentru toţi deficienţii, ci se procedează în mod individual, după particularităţile fiecărui caz.

În cuprinsul lucrării vom folosi termenul de *recuperare* a capacităţii de muncă. În literatură se folosesc şi alţi termeni, ca: reabilitare, reîncadrare sau readaptare.

Este util să definim termenii pe care-i vom folosi frecvent în lucrare, luînd ca referinţă noţiunile elaborate de OMS (64).

Deficient („Handicapped") este persoana a cărei sănătate fizică şi/sau psihică este diminuată temporar sau permanent în urma unor afecţiuni congenitale sau cîştigate, fie datorită vîrstei. Această stare are o influenţă nefavorabilă asupra inde-

Scanned with OKEN Scanner

pendenței, a pregătirii sau a încadrării în muncă a persoanei respective.

Infirmitate („Impairment") este o stare patologică permanentă sau trecătoare care duce la diminuarea funcțiilor persoanei respective.

Invalidul este purtătorul unei invalidități.

Invaliditate („Invaliditty") este pierderea parțială sau totală a capacității de muncă în urma unei boli sau a unui accident (se raportează la locul de muncă și la profesiunea persoanei în discuție).

Capacitatea de muncă (C.M.) este aptitudinea unei persoane de a executa o activitate profesională cu productivitate cel puțin medie din punct de vedere cantitativ și calitativ. *C.M. este păstrată* atunci cînd persoana poate efectua această activitate și se simte bine lucrînd. *C.M. este redusă* atunci cînd persoana respectivă nu mai poate face față integral sarcinii profesionale din cauza deficienței fizice și/sau psihice. Ea va fi încadrată în gradul III de invaliditate și va fi repartizată într-un loc de muncă cu solicitări energetice și neuro-psihice mai mici, corespunzătoare restantului său morfofuncțional și se va reduce programul de activitate la jumătate. *C.M. este pierdută* atunci cînd persoana respectivă nu mai poate efectua nici un fel de activitate în sistem organizat, dar are autoservirea păstrată; în acest caz se încadrează în gradul II de invaliditate. Dacă nu are capacitatea de autoservire, pe o perioadă îndelungată de timp, se încadrează în gradul I de invaliditate.

Incapacitatea de muncă este reducerea sau pierderea capacității de muncă, urmare a unei deficiențe fizice și/sau psihice, congenitale sau cîștigate.

Efortul profesional este suma activității locomotorii, neuropsihice, viscerale și senzoriale solicitate de actul muncii.

Ergonomia reprezintă un domeniu multidisciplinar de activitate care studiază posibilitățile de adaptare reciprocă în cadrul relațiilor om-mașină-mediu, cu scopul principal de a păstra sănătatea muncitorilor și de a promova capacitatea lor de muncă, în condițiile optimizării producției. Ea subliniază prioritatea operatorului uman în organizarea științifică a muncii.

ISTORIC

(R) nu constituie întrutotul o concepție a epocii actuale, ci are rădăcini mult mai vechi, mai ales sub forma ergoterapiei și a terapiei ocupaționale.

Scanned with OKEN Scanner

In comuna primitivă persoanele incapabile să se întreţină constituiau o sarcină excesivă pentru colectivitatea respectivă şi erau alungate. Totuşi, şi în acea epocă s-au manifestat preocupări pentru ocrotirea deficienţilor. La Muzeul Luvru există un vas (sec. IV î.e.n.) care reprezintă un invalid ce se sprijină pe un fel de picior de lemn. Hipocrate cunoştea importanţa menţinerii activităţii în timpul convalescenţei şi sublinia: „munca întăreşte, în timp ce incapacitatea uzează, epuizează". Lui Vergiliu îi datorăm maxima „labor improbus omnia vincit". Două sute de ani mai tîrziu, Galen accentua valoarea medicală a muncii, spunînd: „munca este cel mai bun medic şi este esenţială pentru fericirea omului". Atît grecii cît şi egiptenii practicau în tratamentul bolilor psihice, ceea ce azi se înţelege prin terapia ocupaţională variată, muzica, jocurile şi dansul. Se pare că împăratul Cezar a dat primul edict de protecţie a infirmilor.

În Evul mediu a dominat indiferenţa şi chiar ostilitatea faţă de deficienţi, dar treptat această atitudine s-a transformat pe alocuri în milă, care încuraja cerşitul şi binefacerile particulare. Concomitent apar şi anumite poziţii favorabile infirmilor, elaborate în baza unor principii filantropice.

În secolul al XVI-lea, Ambroise Paré se preocupa atît de ameliorarea tehnicilor operatorii, cît şi de recuperarea funcţională a bolnavilor lui. În acelaşi secol, la Saragosa în Spania a funcţionat unul din primele ospicii care preconizau tratamentul ocupaţional pentru bolnavii psihici. Se recomandau ca activităţi grădinăritul şi treburile mărunte de menaj, în scopul de a realiza o oarecare „contrabalansare" faţă de tulburările psihice.

Ludovic al XIV-lea, în 1670, la insistenţele ministrului său Louvois, a fondat Hotelul Invalizilor, din spirit de recunoştinţă naţională pentru soldaţii invalizi de război.

Revoluţia franceză a transformat binefacerile particulare şi caritatea ecleziastică în asistenţă comunală, de unde se va naşte ulterior Asistenţa publică. După atitudinea de excludere, apoi de milă, asistenţa ajunge la decernarea alocaţiilor prin grija puterii publice.

Către sfîrşitul secolului al XVIII-lea, se introduce în cîteva centre munca în scop de vindecare. Terapia prin muncă reprezintă o nouă dezvoltare a terapiei medicale, mai ales în instituţiile cu bolnavi psihici cronici. Pinnel şi Reil au introdus concepţia potrivit căreia munca este un factor curativ. Ulterior ergoterapia a fost aplicată în multe cazuri cu scopul de utilizare a capacităţii de muncă a bolnavilor mintali. Pinnel

Scanned with OKEN Scanner

sublinia că „munca mecanică executată cu rigurozitate a fost calea cea mai sigură de a menține pensionarii unui azil, ai unei închisori sau ai unui internat într-o stare de sănătate bună, cu dispoziție bună și ordine“ (citat din 6).

În secolul al XIX-lea, munca efectuată, în special de bolnavii psihici, a început să fie considerată ca o contribuție la costul întreținerii lor (6).

În secolul al XX-lea, Simon din Gütersloch raporta (1905) că a reușit să găsească o ocupație în sensul ergoterapiei pentru 98% din bolnavii lui, inclusiv toate gradele de bolnavi psihici. El afirma că învingînd inactivitatea și distrăgînd atenția bolnavilor de la spectacolul unui comportament degradant, poate să prevină demoralizarea socială și mintală (6).

În anii dintre cele două războaie mondiale, terapia prin muncă s-a răspîndit treptat, iar antrenamentul s-a transformat dintr-un auxiliar terapeutic într-un element standardizat. Au luat ființă treptat o serie de asociații de specialiști în terapia ocupațională: în 1917, în U.S.A., în 1926, în Canada, în 1936, în Marea Britanie. În țara noastră la Ineu (județul Arad), funcționează dinainte de-al doilea război mondial un spital de bolnavi psihici cronici în care se foloseau, încă de la înființarea sa, ergoterapia și terapia ocupațională.

Între cele două războaie mondiale și mai ales în timpul celui de-al doilea război mondial, se practica pe scară largă ergoterapia în centre de readaptare și alte servicii spitalicești atît pentru afecțiuni fizice, cît și psihice. În 1922 ia naștere organizația mondială sub numele de: „Recuperarea Internațională“ ce și-a propus ca scop îmbunătățirea serviciilor de asistență în favoarea persoanelor deficiente (1). În 1943 ia naștere în Anglia Comitetul Tomlinson, iar în 1944 este promulgată legea „Disabled Persone Emploiment Act“, pentru utilizarea persoanelor cu capacitate de muncă redusă (17).

După cel de-al doilea război mondial, în 1954, s-a deschis la Wadden, la Croydon, o instituție cu scop de recuperare a capacității de muncă. Amintim Congresul mondial de recuperare de la Dublin (Irlanda) din septembrie 1969, care a sintetizat observațiile rezultate din activitatea practică și științifică dezbătute în cele 12 conferințe internaționale, seminarii și alte reuniuni, precum și în publicațiile celor trei periodice: *International Rehabilitation Review; Prothetics International; Technical Aids.*

Cu ocazia acestui congres mondial s-a stabilit ca deceniul opt al actualului secol să fie *„Deceniul recuperării“*. S-a luat această hotărîre, întrucît se știe că numărul deficienților din

Scanned with OKEN Scanner

toată lumea depășește cifra prevăzută și că va spori mult în anii care urmează, ceea ce înseamnă că se va lărgi mereu sfera activității de recuperare (1). După unele referințe (33), în Belgia, numărul invalizilor cu incapacitate de muncă permanentă este de 2—5% din populație, în Franța 1—3% (1965), în Olanda 2% (1965), în Republica Federală a Germaniei 6% (1965), în Statele Unite ale Americii ar fi un deficient la 16 persoane, într-o raportare la totalul populației, și 1 la 7 față de populația care muncește. Pierderile aduse prin ajutorul acordat tuturor acestora, se ridică la 10—15% din venitul național.

Evoluția generală a societății umane, lărgirea posibilității de acordare a asistenței sociale, creșterea longevității, scăderea mortalității, în special a celei infantile, creșterea posibilității de reanimare și de menținere în viață a unui mare număr de handicapați ereditari și congenitali, în condițiile exploziei demografice la care asistăm, fac necesară intensificarea eforturilor în probleme de recuperare. Industrializarea, automatizarea și școlarizarea caracteristice epocii noastre, creează posibilități de încadrare în muncă a majorității deficienților și handicapaților de toate categoriile, cu condiția să existe preocupări în acest sens.

Numeroase lucrări se ocupă de problema recuperării capacității de muncă sub diversele sale laturi (4, 8, 10, 14, 17, 18, 21, 37, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 48, 49, 51, 52, 57, 60, 63 ș.a.).

Încă din 1963, F. H. Krusen (19) relevă problema învățământului și a cercetării în medicina fizică și în readaptare, subliniind necesitatea organizării pe lîngă fiecare facultate de medicină a unui curs care să cuprindă toate fazele readaptării, avînd raport cu invaliditatea secundară. După acest autor, studentul în medicină trebuie să se familiarizeze cu problemele recuperării capacității de muncă și să înțeleagă că responsabilitatea lui față de bolnav nu se termină decît după reîncadrarea fostului bolnav în activitate și după readaptarea lui la muncă. I. D. Arbatkaia și colab. (3) arată necesitatea predării expertizei medicale și recuperării capacității de muncă la studenții în medicină și în cadrul cursurilor de perfecționare postuniversitare din U.R.S.S., problemă dezbătută în același timp și la noi (12).

În țările socialiste există preocupări în legătură cu promovarea activității de recuperare a capacității de muncă. Un moment important în această activitate a fost a IX-a Conferință a miniștrilor în problemele sănătății și asistenței sociale

Scanned with OKEN Scanner

din țările socialiste (noiembrie 1967, Praga), axată pe problemele recuperării prin tratament medical și prin muncă. S-a subliniat necesitatea elaborării unor programe de recuperare. S-a conturat cadrul noțiunii de recuperare, subliniindu-se necesitatea ca aceasta să înceapă încă de la patul pacientului și să continue pînă la atingerea scopului său final, adică încadrarea invalidului într-un serviciu calificat corespunzător, care să-i aducă satisfacții (18). S-a subliniat că recuperarea nu este numai o problemă medicală, ci și o problemă politică, filosofică, economică, sociologică, pedagogică, psihologică, tehnică și ca atare, întreaga societate trebuie să contribuie la înfăptuirea ei și la crearea condițiilor optime pentru a se dezvolta ulterior. S-a recunoscut de asemenea că „o parte integrantă a procesului de recuperare este stabilirea gradului de capacitate de muncă restantă la invalizi".

Dintre realizările din țara noastră menționăm:

Elaborarea metodologiei de Expertiză medicală și recuperarea capacității de muncă (E.M.R.C.M.) în scopul evaluării capacității de muncă și pe baza acesteia a elaborării planului complex de recuperare biologică și socio-profesională;

Crearea, la București, a Institutului de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă (I.E.M.R.C.M.), forul tehnic și metodologic al rețelei de E.M.R.C.M. din țara noastră;

Crearea și dezvoltarea continuă a cooperativelor de invalizi;

Elaborarea unei legislații care sprijină recuperarea capacității de muncă printr-o serie de măsuri pe care organele medicale le pot lua, ca: schimbarea temporară a locului de muncă; reducerea programului de activitate cu un sfert din norma de lucru; scutirea de muncă de noapte în caz de nevoie; concedii medicale pentru refacerea stării de sănătate etc.;

Organizarea serviciilor și secțiilor de ergoterapie în unitățile de asistență a bolnavilor cronici psihici, a bătrînilor, a unor forme de tuberculoză etc.;

Organizarea și folosirea rațională a tratamentelor balneare în cadrul „curelor de recuperare" aprobate de medicii de specialitate din policlinici;

Crearea comisiilor pentru recuperarea deficienților locomotori, psihici, cardiovasculari etc. pe lîngă marile unități ambulatorii, staționare și clinici;

Crearea unor sanatorii speciale de recuperare cu număr mare de paturi pentru recuperarea deficienților locomotori pe litoral și în unele stațiuni balneare;

Scanned with OKEN Scanner

Organizarea secţiilor de recuperare a capacităţii de muncă de pe lîngă marile staţiuni balneare şi de pe lîngă marile spitale din ţară;

Crearea centrelor de recuperare în Bucureşti, Cluj-Napoca şi Iaşi.

În prezent se dezvoltă şi se lărgesc întreprinderile de produse ortopedice şi de protezare. Se organizează calificarea şi recalificarea deficienţilor, precum şi orientarea profesională a deficienţilor, în vederea încadrării lor în învăţămîntul profesional sau liceal.

S-a lărgit posibilitatea „muncii la domiciliu" pentru deficienţi, şi s-au creat şcoli pentru completarea şcolarizării deficienţilor şi invalizilor.

Se studiază bolile cronice cu caracter potenţial invalidant în vederea prevenirii instalării invalidităţii.

Activitatea ştiinţifică şi didactică în probleme de E.M.R.C.M. s-a intensificat în ultimii ani, pregătind condiţii pentru fundamentarea, sprijinirea şi începerea activităţii practice.

În martie 1961 s-a ţinut la Bucureşti prima *Consfătuire Internaţională de Expertiză medicală a capacităţii de muncă.*

Au fost editate în două volume conferinţele şi lucrările elaborate de I.E.M.R.C.M. Bucureşti (prof. M. Maurer, 26). Au apărut o serie de monografii care tratează diferite probleme de recuperare medicală a capacităţii de muncă (34, 35, 42, 53). În 1972 a apărut volumul *Criterii privind expertiza medicală a capacităţii de muncă în principalele afecţiuni invalidante,* elaborate de I.E.M.R.C.M. Bucureşti, în colaborare cu institutele clinice ale Academiei de ştiinţe medicale, reeditat în 1975 (65). În 1973 a apărut *Cursul elementar de expertiză medicală şi recuperare a capacităţii de muncă,* redactat la I.M.F. Cluj (23). În 1974, un număr al revistei „Momente de practică medicală" al Direcţiei sanitare şi filialei U.S.S.M. Cluj-Napoca a fost consacrat metodologiei E.M.R.C.M. şi problemelor de expertiză şi recuperarea capacităţii de muncă, adresat medicilor practicieni din judeţ (24).

În 1971, în cadrul congresului al II-lea de gastroenterologie (Bucureşti) s-a organizat o masă rotundă cu tema: *Prevenirea invalidităţii şi reabilitarea în bolile digestive.*

În ianuarie 1974 s-a ţinut a V-a Sesiune ştiinţifică a Academiei de Ştiinţe Medicale a R.S.R. cu tema *Recuperarea capacităţii de muncă în unele boli cronice.* Foarte puţine lucrări se referă la recuperarea bolnavilor cronici prin afecţiuni digestive (25, 63).

978623

BIBLIOTECA JUDETEANA „GH.ASACHI" IASI

Scanned with OKEN Scanner

I.2. EXPERTIZA MEDICALĂ — ELEMENT DE BAZĂ AL RECUPERĂRII

I.2.A. METODOLOGIA DE EXPERTIZĂ MEDICALĂ

Plecînd de la premisa că planul complex de (R) este ştiinţific fundamentat doar dacă se bazează pe datele care au servit la stabilirea diagnosticului capacităţii de muncă, vom prezenta succint metodologia generală a activităţii de expertiză medicală a capacităţii de muncă. Vom insista asupra interdependenţei dintre expertiza medicală (E. M.) şi recuperarea capacităţii de muncă (R).

Expertiza medicală este activitatea medico-socială care evaluează prin mijloace ştiinţifice capacitatea de muncă şi stabileşte dacă persoana respectivă mai poate lucra, unde anume, cîte ore pe zi şi în ce condiţii (23).

Sarcinile activităţii de expertiză medicală sînt rezolvate de către cabinetele de E.M. teritoriale şi în mod deosebit de către comisiile de E.M. în care intră, pe lîngă medicul expert, medicii de specialitate ai bolii principale şi reprezentanţi ai organizaţiilor de masă. Medicii practicieni trebuie să cunoască metodologia de rezolvare a tuturor sarcinilor de E.M.R.C.M., pentru că mulţi dintre ei fac parte din comisiile de E.M.R.C.M. şi pentru că sînt puşi în situaţia de a rezolva în mod concret majoritatea problemelor medico-sociale ale bolnavilor.

Stabilirea diagnosticului capacităţii de muncă se bazează pe evaluarea cantitativă şi calitativă a potenţialului organic şi funcţional restant al persoanei de expertizat şi pe raportarea lui la specificul solicitărilor profesionale şi al condiţiilor ambientale în care deficientul lucrează. Se stabileşte adică un raport între morfofuncţionalitatea deficientului şi solicitările locului de muncă. În activitatea de E.M.R.C.M., aprecierea restantului funcţional al organului bolnav şi al organismului în întregime este chiar mai importantă decît aspectul morfologic. *E important să se ştie cît s-a pierdut din morfologia unui organ sau a unui organism, precum şi cauza care a determinat această pierdere, dar interesează într-o măsură şi mai mare ce a rămas din funcţionalitate şi care sînt perspectivele de evoluţie în viitor ale acestui restant funcţional, pentru că, în funcţie de aceasta, se apreciază capacitatea de muncă şi se alcătuieşte planul complex de recuperare.*

Scanned with OKEN Scanner

În activitatea de E.M.R.C.M. conduita practică însumează mai multe metode: stabilirea diagnosticului clinic; efectuarea de explorări biologico-funcţionale şi morfologice; efectuarea unor probe de efort specifice organului afectat sau unui grup de organe şi aparate; evaluarea gradului deficienţei funcţionale; aprecierea prognosticului; analiza complexă a locului de muncă; evaluarea capacităţii de muncă; stabilirea planului complex de (R) şi urmărirea aplicării acestuia.

Diagnosticul clinic se stabileşte după conduita practică generală. El trebuie precis formulat, motivat prin examinări clinice şi paraclinice; priveşte întregul organism, menţionează asociaţiile patogenetice şi pe cele întîmplătoare, cuprinde elemente de etiopatogeneză şi de prognostic, precizează stadiul evolutiv şi forma clinică a îmbolnăvirii.

Explorările biologico-funcţionale se efectuează pentru fiecare organ afectat în raport cu funcţiile pe care le are. La stomac explorarea pleacă de la funcţiile sale, motilitatea şi secreţia. La intestin se vor explora motilitatea, secreţia, excreţia şi absorbţia etc.

Examenul morfologic este realizabil în modalităţi extrem de variate. Pentru stomac se va efectua, după nevoie, examenul radiologic baritat, gastroscopia, biopsia endogastrică; pentru ficat: examenul palpatoric, laparoscopia, puncţia-biopsie, scintigrafia etc.

Probele de efort şi de încărcare se vor efectua după specificul funcţiei fiecărui organ (61). De exemplu, funcţia motorie a stomacului va fi explorată prin examenul baritat, în condiţii bazale, intradigestiv şi după administrarea unor substanţe farmacodinamice (atropină pentru reducerea activităţii, morfină sau primperan pentru stimularea ei etc.). Funcţia secretorie se evaluează prin urmărirea sa înainte şi după administrarea de histamină (în doză mică), iar efortul maxim secretor după administrarea de insulină (10 U.i.v: proba Holländer) sau histamină (0,04 mg/kg corp: testul Mc.Kay).

Evaluarea gradului deficienţei funcţionale este obligatorie şi are o deosebită importanţă. Ea reprezintă sinteza de ordin funcţional obţinută prin toate examinările efectuate. Trebuie precizată deficienţa funcţională, gradul ei, care sînt rezervele funcţionale de care mai dispune deficientul, care este mecanismul producerii deficienţei şi dacă este reversibilă sau nu.

Scanned with OKEN Scanner

I.2.B. APRECIEREA PROGNOSTICULUI

Prognosticul este diagnosticul extrapolat la viitorul bolnavului. În toate timpurile i s-a acordat o importanţă mare. Hipocrate îi rezervă una din lucrările sale. Stabilirea prognosticului este așa cum sublinia I. Hatieganu o problemă grea pentru medic, „necesită mare experienţă clinică, cunoştinţe temeinice de fiziopatologie și în același timp o judecată clară, un bun simţ clinic, un înalt nivel al cunoașterii științei și tehnicii actuale, imaginaţie, luciditate și prudenţă".

a) *Prognosticul imediat, acel „quo ad vitam"*, dacă bolnavul rămîne sau nu în viaţă. Acesta poate să fie la rîndul său: *bun*, cînd se prevede o însănătoșire sigură și fără sechele ale bolii; *rezervat*, cînd se presupune că suferința va evolua o perioadă mai îndelungată, va lăsa urmări și cînd, în general, nu avem certitudinea evoluţiei favorabile; *infaust*, cînd se prevede o evoluţie defavorabilă, exitusul fiind eventual iminent.

b) *Prognosticul îndepărtat*, acel *„quo ad sanationem"*, înseamnă prevederea unei vindecări complete din punct de vedere clinic, cu „restitutio ad integrum" din punct de vedere morfologic sau prevederea unei vindecări cu urmări.

c) *Prognosticul în ce privește durata vieţii „quo ad longitudinem vitae"*, are o deosebită importanţă în fixarea planului de recuperare, se referă la durata vieţii persoanei respective.

d) *Prognosticul capacităţii de muncă, „quo ad laborem"*, are o deosebită importanţă pentru activitatea de expertiză medicală și recuperarea capacităţii de muncă, întreaga activitate bazîndu-se de fapt pe stabilirea acestui prognostic. În ultimii zeci de ani, prognosticul multor afecţiuni s-a ameliorat prin introducerea noilor posibilităţi terapeutice.

În afară de prognosticul morfofuncţional, ne interesează de asemenea și fixarea prognosticului afectiv și psihologic al persoanei de recuperat. În stabilirea planului de recuperare trebuie să ţinem seama de acesta, deoarece echipa de recuperare întîmpină deseori greutăţi de ordin psihologic. Uneori acţiunea de recuperare trebuie să înceapă tocmai cu tratamentul reacţiilor psihice ale deficientului (21). La un deficient cu hepatită cronică activă, prognosticul poate fi în general bun, dar variază în funcţie de o serie de factori imunobiologici (uneori cu caracter genetic) și de factori socio-profesionali, care necesită acţiunea conjugată a tuturor membrilor echipei de recuperare. În lipsa unor mijloace terapeutice cu caracter etiologic

Scanned with OKEN Scanner

sau patogenetic, nu se poate formula un prognostic decît după o observaţie mai îndelungată şi niciodată cu certitudine. La un bolnav care respectă planul terapeutic indicat, are un psihic echilibrat, condiţii de viaţă bune şi o profesie în care sînt excluse toxicele hepatotrope şi limitate eforturile energetice şi neuro-psihice profesionale (în special cele cu caracter stressant), prognosticul poate fi formulat ca bun şi se va alcătui deci un plan de recuperare complet în componentele sale biologice şi socio-profesionale.

Recuperarea deficienţilor digestivi — ca dealtfel recuperarea oricărui deficient — se bazează pe un diagnostic complet, un tratament corespunzător şi un prognostic corect, privit în mediul fizic şi social în care trăieşte bolnavul.

I.2.C. ANALIZA LOCULUI DE MUNCĂ

Locul de muncă este mediul în care lucrează efectiv o persoană în mod obişnuit, adică spaţiul împreună cu utilajele, uneltele, mobilierul necesar realizării activităţii de către un executant şi condiţiile ambientale.

O clasificare acceptabilă a locurilor de muncă este aceea în care se consideră solicitările energetice, psihice şi senzoriale în timpul procesului de muncă la condiţiile concrete date.

Solicitările energetice profesionale se calculează plecîndu-se de la postura (poziţia în procesul muncii) şi deplasările posturale în timpul activităţii, gestualitatea (prehensiunea şi apăsarea), deplasările gestuale şi amplitudinea lor în timpul activităţii profesionale.

Solicitările psihice se calculează în funcţie de atenţia, raţionamentul, automatismele, ritmul activităţii profesionale şi pericolul conştient din timpul activităţii profesionale.

Se pot folosi teste psihometrice.

Solicitările senzoriale se apreciază în raport de intervenţia organelor de simţ în activitatea profesională.

Condiţiile ambientale constituie condiţiile extrinseci ale locului de muncă (factori fizici, biologici, sociali şi psihologici).

Toţi aceşti factori trebuie analizaţi şi cunoscuţi de medicii care acordă asistenţă medicală, indiferent de locul de muncă, dar în mod deosebit de către medicii care fac parte din comisiile de E.M.R.C.M.

Scanned with OKEN Scanner

I.2.D. INVESTIGAȚIA DE TEREN

Una dintre cele mai utile mijloace de cercetare pentru cunoașterea bolnavului și pentru evaluarea capacității de muncă este investigația de teren. Ea poate fi folosită în oricare specialitate medicală și se efectuează *la domiciliul deficientului; la unitățile sanitare* unde s-a tratat deficientul; *la locul său de muncă*, scopul fiind cunoașterea mai bună a stării de sănătate, a condițiilor de viață și de muncă ale deficientului, precum și aprecierea justă a acuzelor sale. *Ea nu trebuie să aibă un caracter de anchetă polițienească, ci trebuie să fie o investigație medico-socială, făcută cu competență, cu discreție și obiectivitate.*

Investigația pe teren la domiciliu se face în scopul cunoașterii: stării de sănătate și de viață ale bolnavului și ale membrilor familiei sale privitoare la: momentul îmbolnăvirii, istoricul bolii, tratamentele efectuate și rezultatele lor, concediile primite, trecerea în ivaliditate, eventuale activități în perioada de invaliditate, modul cum își petrece timpul liber; eventualele probleme familiale conflictuale, probleme de dezadaptare socială, alcoolismul, carențele economice, alimentația, pregătirea profesională, ruta profesională, dacă ar dori să se reîncadreze în activitate.

Investigația de teren la locul de muncă aduce informații asupra locului de muncă al persoanei de expertizat, privitoare la solicitările energetice, psihice și senzoriale, a condițiilor de activitate: microclimat, noxe profesionale, ritmul de muncă, comportamentul bolnavului, relațiile sale cu colegii de muncă, (subalternii sau superiorii), asupra atitudinii față de muncă, a productivității (cantitativ, calitativ), absentismul (din motive de boală sau alte motive), inițiative în muncă. Se vor nota preocupările profesionale și extraprofesionale ale deficientului, distanța domiciliu-loc de muncă și mijloacele de locomoție pe care le folosește.

Investigația de teren la unitățile sanitare este utilă în cunoașterea istoricului bolii deficientului, în raportarea datelor medicale la cele sociale și pentru stabilirea datei ivirii invalidității. Se face la unitățile medicale unde a fost tratat sau investigat deficientul (spitale, policlinici, dispensare). Se fac extrase din fișele medicale, din foaia de observație și se menționează concediile de boală eliberate: data, durata, diagnosticul pentru care s-a acordat concediul medical.

Scanned with OKEN Scanner

I.2.E. EVALUAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ

Urmîndu-se schema prezentată înainte: precizarea diagnosticului clinic, stabilirea gradului deficienței funcționale, aprecierea prognosticului și raportarea acestora la solicitările locului de muncă (completat după nevoie cu investigația de teren), evaluarea capacității de muncă nu întîmpină greutăți deosebite.

Iată de exemplu un diagnostic clinic funcțional formulat complet, care ușurează mult și evaluarea capacității de muncă. Este vorba de un mecanic de locomotivă de 48 ani. *Diagnostic clinic*. Stomac operat (rezecție 2/3 cu anastomoză Reichel-Polya pentru ulcer duodenal perforat). Sindrom carențial (anemie, hipotrofie generală, hipocorticism). Enterocolopatie cronică postgastrectomică (cu aclorhidrie). Hipotensiune arterială predominant vasculo-cerebrală. *Deficitul funcțional*. Deficiență funcțională accentuată prin *tulburări digestive* de motilitate (hipermotilitate gastrică și intestinală), de secreție gastrointestinală (hiposecreție) și de absorbție intestinală; *tulburări metabolice globale:* prin deficiență în absorbția intestinală și tulburări endocrine predominant corticosuprarenale; *tulburări de hemodinamică arterială* predominant vasculocerebrală.

Toate aceste date le raportăm la caracterul solicitărilor profesionale ale deficientului, pe care le estimăm în felul următor: solicitări energetice mijlocii, solicitări psihice mari, solicitări senzoriale moderate, condiții ambientale cu disconfort sonor și fără posibilități de alimentație regulată. Deficientul este calificat prin școală profesională și dorește să-și reia vechea profesiune după ce se reface.

Evaluarea capacității de muncă. Capacitatea de muncă este pierdută pentru 6 luni. Se încadrează în gradul II (doi) de invaliditate și se fixează planul complex de recuperare sub toate aspectele:

1. *Biologic* (medical): alimentație completă, mese fracționate cu inversarea felurilor alimentare, cu evitarea dulciurilor lichide și cu clinostatism postprandial; acid clorhidric diluat în timpul meselor principale; vitamina C per os, 3×1 tablete după mesele principale; fier injectabil (fier i.v. sau i.m. 10—12 fiole); novocaină 2% per os înainte de mesele principale; fermenți pancreatici (triferment, cotazim, mexaze); A.D.C., 5—10 mg., de două ori pe săptămînă, timp de 5—6 săptămîni; gimnastică medicală, înot; cură balneară la Sîrgeorz-Băi.

Scanned with OKEN Scanner

2. *Socio-profesional.* Fiind vorba de un invalid de gradul II nu se ridică probleme deosebite. Peste 6 luni dorește să-și reia activitatea de mecanic de locomotivă, eventual mecanic de atelier.

Încadrarea în invaliditate este temporară; poate fi considerată ca un concediu mai lung, timp în care se aplică măsurile recuperatorii necesare.

I.3. RECUPERAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ

Deși recuperarea este din punct de vedere practic o activitate unitară, prin dinamica ei se împarte în trei etape: etapa medicală, etapa educativ-profesională și etapa socială.

Aceste etape nu sînt obligatorii pentru toți deficienții. Tinerii handicapați le parcurg mai des pe toate, în timp ce la persoanele calificate, cu o situație socială consolidată și mulțumitoare, se insistă mai mult asupra etapei medicale a recuperării.

După obiectivul urmărit și după forța sa de acțiune, activitatea de recuperare ar putea fi ierarhizată în trei trepte, analog cu clasificarea cunoscută mai de mult pentru profilaxie. Înțelegem prin *recuperare primară* acțiunile care se adresează factorilor cu risc de invaliditate, înainte ca aceasta să se fi constituit. Se rezumă deci la combaterea în timp util a bolilor cu potențial de cronicizare sau care pot evolua spre sechele invalidante. *Recuperarea secundară* se adresează invalidității constituite într-o fază reversibilă și își propune restabilirea integrală a capacității de muncă. Ea presupune un complex de măsuri destinate combaterii bolii invalidante dar totodată și funcțiile alterate. *Recuperarea terțiară* are posibilități mai modeste. Ea se adresează invalidității parțial ireductibile și urmărește reeducarea și augmentarea restantului funcțional. În ultimele două situații, trebuie incluse și măsuri adresate condițiilor profesionale și ambientale, a căror transformare contribuie astfel la reintegrarea socială a deficientului.

În condițiile organizării asistenței medico-sanitare din țara noastră, recuperarea face parte din activitatea de ocrotire sanitară a poporului. Ea este pe deplin posibilă, întrucît există aproape toate cadrele necesare unei echipe de recuperare. În legătură cu deficienții digestivi, problema apare mai simplă decît în cazul recuperării altor grupe de handicapați.

Scanned with OKEN Scanner

Deficienţii metabolici se bucură de o atenţie deosebită. Pentru recuperarea deficienţilor digestivi, deşi nu există o experienţă organizată, sînt premise de realizare eficientă. Colaborează aici medicul internist sau specialist gastroenterolog, medicul specializat în expertiza şi recuperarea capacităţii de muncă, asistenta socială, medicii reţelei curativo-profilactice de bază (medici de circumscripţie, de întreprindere sau instituţie). Întrucît activitatea acestora este teritorializată, colaborarea lor este practic posibilă.

I.3.A. MĂSURILE MEDICALE DE RECUPERARE

Reprezintă procedurile efectuate în vederea prevenirii invalidităţii în spitale, policlinici sau centre de recuperare specializate în acest sens. În legătură cu această etapă mai sînt unele confuzii în sensul că uneori se consideră recuperare toate actele terapeutice obişnuite, alţii reduc întreaga recuperare medicală la balneo-fizioterapie sau chiar numai la kineziterapie. *Se consideră ca act medical recuperator orice procedeu care urmăreşte restabilirea sau compensarea funcţiilor deficitare în vederea reluării activităţii profesionale. Reeducarea, adaptarea şi compensarea funcţională sînt probleme importante ale acestei etape, ce trebuie să respecte indicaţia generală privitoare la precocitate, continuitate şi complexitate* (26).

I.3.A. a) APLICAREA UNOR MĂSURI CU CARACTER GENERAL

Aplicarea tratamentului prin repaus relativ sau absolut, după fiecare caz. În situaţia în care capacitatea de muncă nu poate fi restabilită, dar se speră refacerea ei, se acordă concediu medical, în ideea recuperabilităţii bolnavului, pînă la cel mult şase luni în ultimele 12 luni. În mod cu totul excepţional, cînd se apreciază — după cinci luni de concediu medical — că bolnavul se va recupera în 2—3 luni, se poate cere Ministerului Sănătăţii, printr-un referat documentat — trimis prin cabinetul teritorial şi oficiul judeţean de expertiză şi recuperarea capacităţii de muncă —, aprobarea a încă 30—60 sau 90 zile de concediu medical peste cele 180 de zile ce se pot aproba în mod obişnuit. În cazul bolilor digestive, această situaţie este posibilă în unele stări postoperatorii sau pentru prelungirea convalescenţei hepatitei acute.

Scanned with OKEN Scanner

Alimentația corespunzătoare pentru bolile aparatului digestiv; regimul dietetic are o importanță deosebită, uneori avînd acțiune etiologică sau intervenind pentru a întrerupe lanțul patogenetic al bolii. Excluderea glutenului în enteropatia glutenică este — în acest sens — tratamentul etiologic care se aplică acestei suferințe.

Practica de fiecare zi ne arată că trebuie să combatem un regim restrictiv în hepatita cronică și stomacul operat (impus de către unii practicieni) care este chiar mai dăunător decît un regim larg. În cazul sindromului jejunal după rezecția gastrică pentru ulcer se recomandă inversarea ordinei tradiționale a principalelor feluri de mîncare (felul mai consistent înainte și numai apoi supa sau ciorba ce trebuie servită încet, fracționat și eventual chiar în poziție culcată).

Se va aplica tratamentul etiologic — ca bază a tratamentului în toate cazurile în care se cunoaște etiologia — cum ar fi suferințele cu etiologie parazitară și microbiană — sau suferințele ce rezultă din unele deficiențe enzimatice.

I.3.A. b) MĂSURI TERAPEUTICE CU CARACTER PATOGENETIC

I.3.A. c) MĂSURI TERAPEUTICE CU ROL FUNCȚIONAL

I.3.A. d) INTERVENȚII CHIRURGICALE

Măsurile terapeutice vor fi diferite în funcție de faza de evoluție a bolii:

În perioada evoluției clinice, tratamentul urmărește vindecarea cu *restitutio ad integrum,* care presupune și restabilirea integrală a capacității de muncă („recuperarea primară"). Există posibilitatea ca din prima etapă terapeutică să se întrevadă caracterul incomplet al vindecării, iar răsfrîngerea acestei situații pe plan profesional ar fi o scădere a capacității de muncă. Medicul curant va trebui să adauge în acest caz terapiei uzuale și terapia de perspectivă prin care se urmărește limitarea deficiențelor și inițierea unor proceduri suplimentare care să împiedice sau să limiteze eventualele sechele.

În perioada de convalescență a bolnavului se va pune accent pe restabilirea funcțională. În această perioadă mijloacele etiologice, patogenetice și în general utilizarea de medicamente trece pe plan secundar. Pe primul plan se situează fizioterapia aplicată individualizat.

Scanned with OKEN Scanner

În perioada de stabilizare se continuă cu mijloacele prin care se urmăreşte lichidarea deficienţelor funcţiilor interesate. Reeducarea funcţională trece acum pe primul plan. Ea are la bază mişcarea, făcută sau condusă de kineziterapeut şi de profesorul de gimnastică medicală.

I.3.A. e) KINEZITERAPIA

Kineziterapia are drept scop prevenirea atrofiilor musculare, îmbunătăţirea circulaţiei şi nutriţiei ţesuturilor, evitarea unor aderenţe, dezvoltarea sau compensarea funcţiilor diminuate. Ea se efectuează pe o perioadă de luni sau ani de zile şi este gradată.

I.3.A. f) BALNEO-CLIMATO ŞI FIZIOTERAPIA

Aceasta reprezintă o terapie care foloseşte în mod repetat factorii naturali, urmărind să dea naştere la reacţii de stimulare şi de reglare, ca urmare a unor acţiuni complexe asupra ansamblului funcţiilor neuroendocrinoumorale ale organismului. Obiectivul balneofizioterapiei şi climatoterapiei este modificarea şi activarea forţelor fizice şi morale în vederea restabilirii echilibrului biologicofuncţional şi psihic al persoanei în cauză. În acest scop se folosesc o serie de proceduri: balneoterapia sub formă de băi sau cură internă, climatoterapia selectivă, hidroterapia, termoterapia, terapia de inhalaţii, masajul, electroterapia, tratamentul activ prin repaus şi destindere, kineziterapia sub diferite forme. La toate acestea se mai adaugă condiţiile ambientale cunoscute ca favorabile procesului de sanogeneză: atmosfera generală de destindere, eliberarea fiecărei persoane de sarcinile profesionale de la locul de muncă şi sociale din localitatea de domiciliu. Alimentaţia este corespunzătoare, ritmul vieţii zilnice este armonizat prin alternarea efortului, a destinderii şi a somnului.

În prezent, şi cu deosebire în viitor, staţiunile balneoclimaterice din ţara noastră vor deveni baze importante pentru recuperarea capacităţii de muncă a diferiţilor deficienţi, între care cei prin afecţiuni cronice digestive ocupă un loc important. Staţiunilor balneare le revin acum noi sarcini care justifică termenul de „balneologie socială" şi care se referă tocmai la sarcinile lor în domeniul recuperării (9).

Scanned with OKEN Scanner

I.3.A. g) CULTURA FIZICA MEDICALĂ

Se efectuează în scopul întăririi mușchilor abdominali, care constituie centura abdominală, dar influențează și reglarea neuroumorală a proceselor digestive: mărește presiunea intra-abdominală și stimulează funcția motorie a aparatului digestiv. Sub influența exercițiilor fizice este activată circulația sanguină în cavitatea abdominală și în micul bazin, ceea ce contribuie la diminuarea proceselor aderențiale și a fenomenelor de stază (62). Ea are și acțiune psihoterapică, mărind încrederea bolnavului în forțele proprii.

Indicațiile gimnasticii abdominale sînt: insuficiența musculară abdominală, balonările și deformările abdominale, ptoza organelor abdominale, obezitatea, constipația (mai ales cea atonă), deformări ale coloanei lombare, afecțiuni ginecologice cronice cu sau fără răsunet abdominal.

Contraindicațiile cele mai importante sînt: afecțiunile abdominale acute, complicațiile bolilor digestive precum și tumorile abdominale maligne. Sînt contraindicate exercițiile care produc zdruncinături, ca săriturile în lungime și înălțime, alergările.

Exercițiile pentru abdomen se împart în două grupe: exerciții de trunchi sau abdomen și *exerciții de membre inferioare,* care pot fi executate activ, pasiv și cu rezistență, din postură ortostatică, șezîndă, pe genunchi și culcat. Ședințele durează 30—40 minute. Se practică pe scară largă: plimbări, jocuri dinamice și sportive, înotul, canotajul, schiul și patinajul. Se recomandă de asemenea masajul abdominal activ și profund.

Exercițiile pasive de abdomen cuprind mișcările de trunchi la care participă mușchii parietali și anume, flexia, extensia, îndoirile laterale, răsucirile și circumducția, precum și mișcările membrelor inferioare: îndoirea și întinderea, depărtarea și apropierea, precum și circumducția coapselor.

Exercițiile active de abdomen sînt: mișcări active de trunchi: flexii, extensii, îndoiri laterale, răsuciri și circumducții cu sau fără participarea membrelor superioare; *mișcări ale membrelor inferioare cu acțiune asupra abdomenului* se produc mai ales din articulația șoldurilor în postură culcat pe spate.

Exerciții de abdomen cu rezistență, se execută de preferință în postură șezîndă, cînd se efectuează mișcări ale trunchiului, și în postură culcat-rezemat, cînd se efectuează mișcări ale membrelor inferioare.

Eficiența acestor exerciții este unanim recunoscută, dar introducerea lor in practică se lasă mult așteptată.

Scanned with OKEN Scanner

I.3.A.h) TERAPIA OCUPAȚIONALĂ (T.O.)

Are un dublu scop: favorizează mișcarea și ocupă timpul liber. Ea este forma cea mai eficientă de terapie prin activitate. Nu este însă — așa cum s-a menționat — o noutate a zilelor noastre. Astăzi valoarea ei este însă unanim recunoscută. Într-o serie de țări s-au creat asociații naționale de T.O. Terapia ocupațională folosește o mulțime de mașini și auxiliare care-l ajută pe bolnav să-și recapete și să-și compenseze funcțiile reduse sau pierdute.

I.3.A.i) ERGOTERAPIA

Ergoterapia constituie o formă de terapie prin muncă. Ea se apropie ca înțeles de terapia ocupațională, dar are un caracter mai apropiat de procesul de producție și se efectuează în ateliere organizate în acest scop, pe profile: olărie, tîmplărie, lăcătușerie etc. Mașinile la care se lucrează în cadrul ergoterapiei sînt prevăzute cu dispozitive pentru reeducarea funcțională a deficientului care le manipulează. Paralel se urmărește și însușirea unei profesiuni, îmbinîndu-se reeducarea funcțională cu profesionalizarea deficientului, rămînînd însă pe primul plan scopul medical: reeducarea funcțională a deficientului.

Ergoterapia trebuie aplicată timpuriu, încă în perioada de spitalizare, după cedarea fenomenelor de activitate a procesului patologic și continuată cu activitatea productivă, la început cu program redus, iar ulterior cu program complet. Ergoterapia își exercită influența sa pozitivă asupra deficientului atît în mod direct, cît și prin intermediul unității sociale și a colectivului în care se efectuează.

I.3.A.j) PSIHOTERAPIA

Psihoterapia este utilă în toate etapele recuperării. Ea este un auxiliar prețios al tuturor celor ce se ocupă cu recuperarea. Uneori bolnavii se tem de mișcare și de activitatea profesională atît în cazul unor suferințe locomotorii, cît și viscerale (infarctul miocardic, hepatita cronică, accidente vasculare cerebrale). Psihologul trebuie să intervină în lămurirea bolnavului, împreună cu medicul curant, care prin autoritatea și competența sa profesională poate contribui cu succes la realizarea climatului psihologic favorabil recuperării.

Scanned with OKEN Scanner

I.3.A.k) PROTEZAREA

Protezarea ocupă un loc important în cadrul recuperării. Proteza poate fi estetică (pentru membru sau globii oculari) sau funcţională: mecanică sau cu biocurenţi. Ea trebuie aplicată timpuriu, să preceadă şi ulterior să însoţească reeducarea funcţională. Pentru deficienţii digestivi, un rol deosebit îl are protezarea la timp a danturii defecte. Insuficienţa masticaţiei supune întregul aparat digestiv la un efort în plus. Mai nou a căpătat importanţă practică chirurgia plastică (în special la esofag).

I.3.B. MĂSURILE EDUCATIV-PROFESIONALE DE RECUPERARE

Trebuie avute în vedere de la început două feluri de acţiuni: *asupra locului de muncă* în sens ergonomic şi *asupra persoanei de recuperat* (în funcţie de vîrsta, afecţiunea şi calificarea acesteia): *persoanele necalificate,* de regulă persoane tinere, trebuie şcolarizate şi apoi orientate profesional; *persoanele calificate* trebuie reîncadrate sau reîndrumate profesional.

I.3.B.a) PREGĂTIREA ŞCOLARĂ A DEFICIENŢILOR

Ca principiu, este bine ca deficienţii să fie şcolarizaţi în cadrul şcolilor generale şi numai cînd aceasta nu este posibil, să fie orientaţi către şcoli profesionale speciale, deoarece în cadrul colectivităţilor de deficienţi ei au tendinţa de a se structura particular, ceea ce le creează greutăţi la readaptarea în muncă, alături de valizi, după şcolarizare.

I.3.B.b) ORIENTAREA PROFESIONALĂ A DEFICIENŢILOR

Repartizarea în şcoli profesionale a tinerilor deficienţi trebuie precedată de orientarea lor profesională, prin care înţelegem influenţarea tînărului în alegerea unei profesiuni compatibile cu aptitudinile şi posibilităţile lui psiho-fizice de a presta această profesiune după calificare, (6, 15, 36, 39, 60).

Scanned with OKEN Scanner

Orientarea profesională (O.P.) este o activitate de echipă în care intră mai mulți specialiști: medici, pedagogi, psihologi, sociologi, asistente sociale, care în vederea eficienței muncii lor trebuie să țină seama de trei grupe de factori: *factori ce țin de deficient, de solicitările profesionale* și de *posibilitățile concrete existente în momentul profesionalizării deficientului și în viitorul apropiat,* privitor la școlarizarea, calificarea și încadrarea în muncă a tînărului după calificare.

FACTORII CARE ȚIN DE DEFICIENT

Profesiunea indicată trebuie să urmărească utilizarea optimă a restantului morfofuncțional în viitoarea activitate, evitîndu-se atît suprasolicitarea cît și subsolicitarea. Vor trebui cunoscute posibilitățile intelectuale, nivelul său cultural general, trăsăturile de personalitate, aspirațiile deficientului, inteligența sa, aptitudinile practice, interesele pe care le are (fie ele materiale sau afective), situația materială și preferințele familiei deficientului.

FACTORII LEGAȚI DE SOLICITĂRILE PROFESIONALE

Activitatea de O.P. urmărește alegerea celei mai potrivite profesiuni pentru deficienți. *Ea se continuă însă cu selecția profesională prin care se urmărește încadrarea și prestarea unei meserii într-un anumit loc de muncă.* Nu este suficient să indicăm o anumită profesiune cum ar fi cea de „tîmplar", ci trebuie să anticipăm în sensul precizării și a locului de muncă indicat: „tîmplar, în postură șezîndă, croit piese, strunjit piese de lemn, finisat piese de lemn" etc., considerînd deci și condițiile ambientale de muncă.

Posibilitățile concrete existente de școlarizare, calificare și încadrare în muncă, oferite de Ministerul Muncii sînt în funcție de sarcinile economice de prezent și de viitor. Considerîndu-se cerințele pieții muncii pe plan național, sau pe plan județean, se face orientarea și selecția profesională în funcție și de aceste nevoi.

ASPECTE PEDAGOGICE PARTICULARE ALE DEFICIENȚILOR

Particularitățile învățămîntului profesional la deficienți sînt: *caracterul eminamente practic* al acestuia, în sensul că nu se va recurge la noi expuneri teoretice decît atunci cînd apare absolut necesar pentru înțelegerea concretă a gesturilor profesionale și *participarea activă a elevilor* la procesul de ucenicie;

Scanned with OKEN Scanner

fiecare deficient trebuie să fie interesat la maximum, iar învățămîntul trebuie să corespundă atît dorințelor cît și capacităților sale.

I.3.B.c) RECALIFICAREA PROFESIONALĂ A DEFICIENȚILOR

Apare ca necesară atunci cînd persoana respectivă nu-și mai poate continua vechea profesiune din cauza unei deficiențe fizice și/sau psihice, iar modificarea locului de muncă este inoperantă. Și aici sînt valabile regulile generale expuse la O.P. a deficienților. Ca particularități ale acesteia menționăm repartizarea pentru calificarea într-o profesiune similară cu cea anterioară spre a se folosi vechile deprinderi profesionale (vechiul „stereotip dinamic") și durata scurtă a școlarizării. Recalificarea profesională nu se mai recomandă însă la deficienții care au depășit vîrsta de 40 ani.

I.3.C. MĂSURILE SOCIALE DE RECUPERARE

Reprezintă finalizarea acțiunii de recuperare concretizată prin încadrarea în activitate a fostului deficient recuperat. Observațiile practice ne arată că deficienții bine orientați profesional, bine pregătiți și bine educați, au un comportament profesional bun. Absenteismul lor nemotivat este redus, fac mai puțin accidente de muncă, sînt mai stabili la locurile lor de muncă, dau puține rebuturi. În mod deosebit se citează exemplul hipoacuzicilor și deficienților vizuali, care, dacă sînt bine orientați profesional, dau bune rezultate în 70 pînă la 90% din cazuri. Încadrarea în muncă este ușoară cînd nu sînt necesare condiții protejante. Persoanele încadrate în gradul III (trei) de invaliditate nu mai pun probleme de încadrare, ci numai de alegere a celui mai potrivit loc de muncă, deoarece prin noua legislație întreprinderile nu pot desface contractul de muncă al foștilor angajați, încadrați în gradul III (trei) de invaliditate de către comisiile de expertiză medicală teritoriale.

Dispunem de mai multe posibilități pentru a ușura readaptarea persoanelor care reintră în activitate cu capacitatea de muncă incomplet refăcută:

Scanned with OKEN Scanner

Transferul în muncă se indică persoanelor cu convalescenţă îndelungată după o suferinţă oarecare sau celor ce prezintă semne de surmenaj, se realizează prin trecerea bolnavului la un alt loc de muncă cu solicitări profesionale mai mici sau în condiţii de muncă mai potrivite. Transferul se face pentru un timp limitat, trei luni pe an calendaristic şi cu consimţământul conducerii întreprinderii sau instituţiei.

Reducerea programului de activitate cu un sfert din normă se indică în aceleaşi condiţii ca şi ale transferului în muncă, pe o perioadă de maximum trei luni pe an (anul în curs). Se acordă în continuarea unui concediu medical de cel puţin 30 zile.

Scutirea de activitate în tura de noapte sau eventual plasarea la un loc de muncă în care să fie posibil să se lucreze numai în tura de dimineaţă.

În acest fel legislaţia socialistă a ţării noastre vine în sprijinul bolnavului, favorizînd readaptarea în munca profesională a acestuia. În perioada readaptării, medicul expert şi medicul de întreprindere urmăresc reacţiile organismului cauzate de efortul profesional şi stabilesc un regim de viaţă şi de activitate în care adaptarea să se desfăşoare fiziologic şi cu caracter progresiv, pentru a evita perturbările organice sau funcţionale, ale căror efecte nocive pot produce recidive sau stări de inadaptare. *În această perioadă se continuă măsurile de tratament şi se iau măsuri organizatorice care să modifice locul de muncă în scopul readaptării.* Concomitent, prin proba muncii şi prin proba timpului, se verifică exactitatea diagnosticului clinic şi precizia evaluării capacităţii de muncă. În această etapă a recuperării, medicii acţionează în sensul favorizării readaptării şi în sensul controlului ei.

Asistenţa socială va avea ca sarcină rezolvarea problemelor personale şi familiale ale deficienţilor (8). Se ştie că deficienţa, şi în mod deosebit invaliditatea creează, prin carenţe economice şi conflicte psihice, o serie de probleme sociale care trebuie rezolvate pentru ca handicapatul să poată lucra. Avem aici multiple obligaţii faţă de aceste persoane. Se acordă importanţă luptei împotriva „devianţei pasive" care survine la unii deficienţi. Subliniem însă că şi deficienţii au obligaţii faţă de societate. *Trebuie să înrădăcinăm ideea că încadrarea în invaliditate este o posibilitate care se acordă persoanei respective pentru a continua tratamentul în condiţii de repaus profesional parţial sau total. În această perioadă, handicapatul, absolvit de grijile sale profesionale, are timpul fizic să beneficieze de toată gama de tratamente pentru a se recupera.* Revizuirile invali-

Scanned with OKEN Scanner

zilor sînt un prilej de analiză, efectuat de comisie, a ceea ce s-a recuperat în intervalul dintre revizuiri și nu un simplu act administrativ, cum se consideră adesea. Între cele două revizuiri, medicii de specialitate ai bolii invalidante trebuie să folosească întreaga gamă de proceduri recuperatorii de care dispun în condițiile concrete de lucru. *Insistăm asupra faptului că persoanele încadrate în gradul III (trei) de invaliditate nu primesc propriu-zis pensie, ci numai o compensație care rezultă din reducerea capacității de muncă, deci trebuie să fie reîncadrate în locuri de muncă corespunzătoare restantului lor funcțional.* Medicul expert în evaluarea capacității de muncă, ca dealtfel oricare medic practician, este și gestionar al forței de muncă restante. *Fiecare persoană, indiferent de gradul de invaliditate, mai dispune încă de un restant morfofuncțional care-i conferă o capacitate de prestație ce poate fi folosită și dacă este posibil mărită* în procesul activității sanogenetice. Sarcina medicilor practicieni este să evalueze precis acest restant funcțional și să acorde deficientului acea activitate pe care s-o poată efectua, fără a dăuna sănătății sale, și dacă este posibil, activitatea însăși să aibă un caracter terapeutic.

Succesul unei acțiuni de recuperare ține de respectarea planului întocmit de Comisia de E.M.R.C.M. și de către medicul curant al afecțiunii principale invalidante pe obiectivele urmărite. Uneori domină recuperarea medicală (în perioada de evolutivitate a bolilor), cînd rolul cel mai important îl are medicul curant, deficientul fiind încadrat în gradul II sau I de invaliditate, iar alteori domină recuperarea socioprofesională (în perioada de stabilizare a afecțiunilor), cînd rolul cel mai important în recuperare revine medicului expert și medicului de întreprindere (deficientul fiind încadrat de regulă în gradul III de invaliditate), care urmăresc și sprijină readaptarea în muncă a deficientului.

În etapa socioprofesională a recuperării, un rol important îl are asistenta socială care, ca și celelalte cadre medico-sanitare, fac legătura între comisia de E.M.R.C.M. și unitățile în care se pune în practică planul de recuperare socioprofesională (întreprindere, loc de muncă, unități sanitare). Observația practică arată că rezolvarea unor probleme sociale contribuie la reușita recuperării. Astfel, acordarea la momentul potrivit, a unor ajutoare medicale sau în bani, acordarea unor proteze etc., sînt elemente importante care ușurează și finalizează recuperarea prin crearea tuturor condițiilor pentru reintrarea deficientului în activitate.

Scanned with OKEN Scanner

I.3.C.a. ROLUL DIRECȚIEI PENTRU PROBLEME DE MUNCĂ ȘI OCROTIRE SOCIALĂ (D.P.M.O.S.) ȘI AL OFICIULUI PENTRU REPARTIZAREA FORȚELOR DE MUNCĂ ÎN ACȚIUNEA DE RECUPERARE

Această direcție, precum și oficiul aferent ei, funcționează pe lîngă Consiliul popular județean. Sarcinile sale sînt precis indicate printr-un regulament de organizare și funcționare, care precizează că D.P.M.O.S. coordonează, îndrumă și controlează activitatea unităților de asistență socială de interes local (cămine de bătrîni și pensionari, cămine spital, cantine de ajutor popular), sprijină și controlează activitatea unităților de învățămînt special și a celor de asistență socială de subordonare republicană, precum și a asociațiilor de invalizi și a caselor de ajutor reciproc a pensionarilor.

Capitolul II al acestui regulament precizează atribuțiile D.P.M.O.S. în domeniul legislației muncii, a forței de muncă, a asigurărilor sociale de stat și a pensiilor.

În domeniul expertizei medicale și a recuperării capacității de muncă D.P.M.O.S. are următoarele sarcini:

Prin comisiile de pensii și de E.M.R.C.M. județene se evaluează capacitatea de muncă, întocmindu-se deciziile medicale, precum și planul de recuperare biologică și socioprofesională a deficienților încadrați în invaliditate.

Cabinetelor de E.M.R.C.M. le revin următoarele competențe: efectuează revizuirile medicale, analizează și controlează modul de aplicare a dispozițiilor legale privind acordarea și eliberarea certificatelor de concediu medical, asigură orientarea și reorientarea profesională a deficienților și invalizilor, analizează posibilitatea modificării locurilor de muncă din unități (în vederea încadrării în muncă a acestora) și fac propuneri unităților în acest sens, efectuează examinarea medicală în scopul acordării unor drepturi de asistență socială și eliberează actele necesare.

Prin oficiile de E.M.R.C.M. se asigură rezolvarea tuturor problemelor privitoare la încadrarea în invaliditate a deficienților, se îndrumă și se controlează activitatea cabinetelor subordonate.

În domeniul asistenței sociale. Studiază și analizează problemele de asistență socială din cadrul județului. Îndrumă, coordonează și controlează activitatea instituțiilor de asistență socială de interes local și sprijină unitățile de asistență socială de interes republican.

Scanned with OKEN Scanner

11–34

Organizează, în colaborare cu organele județene medicale și de învățămînt, recrutarea, orientarea școlară și profesională a deficienților și invalizilor și sprijină plasarea în muncă și integrarea în societate a absolvenților școlilor profesionale și liceelor speciale precum și a absolvenților școlilor de reeducare.

În mod practic, medicul specializat în E.M.R.C.M. împreună cu asistentele sociale rezolvă problemele sociale și de orientare profesională, care se pun în cadrul echipei de recuperare. Posibilitățile de colaborare cu Oficiul pentru repartizarea forței de muncă sînt largi, deși pînă în prezent insuficient valorificate. *Acest oficiu este de un real folos în rezolvarea componentei profesionale a recuperării. Legătura funcțională dintre echipa de recuperare și oficiul pentru repartizarea forței de muncă se face prin intermediul asistentei sociale de pe lîngă cabinetul de expertiză teritorial.*

I.3.C.b. ROLUL MEDICULUI DE ÎNTREPRINDERE ÎN ACTIVITATEA DE E.M.R.C.M.

Medicul de întreprindere are un rol important în activitatea de E.M.R.C.M., care a crescut și mai mult după intrarea în vigoare a actualelor legi ce precizează că angajații încadrați în gradul III de invaliditate rămîn în continuare să activeze în aceeași întreprindere, într-un loc corespunzător de muncă indicat de comisia E.M.R.C.M. Precizăm că medicul de întreprindere face parte din comisia de asigurări sociale și pensii a unității în care lucrează.

Dintre sarcinile medicului de întreprindere în probleme de E.M.R.C.M. amintim: catagrafierea locurilor de muncă din întreprinderea sa (în funcție de o serie de parametri), cu mențiunea grupelor nozologice de deficienți ce pot fi încadrați în aceste locuri de muncă; plasarea în locuri de muncă potrivite a deficienților încadrați în gradul III de invaliditate de către comisia din care și el face parte; urmărirea adaptării (sau readaptării) deficientului la noul loc de muncă; urmărirea aplicării planului de recuperare pentru deficienți și invalizi, (alcătuit împreună cu specialistul bolii invalidante și medicul expert) atît în aspectele sale biologice (medicale), cît și socio-profesionale, prin dispensarizarea activă a deficienților încadrați în activitate; *amenajarea și crearea de locuri de muncă protejate,* în așa fel încît să se ușureze readaptarea în muncă și

Scanned with OKEN Scanner

în același timp să nu dăuneze planului de producție; altfel spus *să introducă, împreună cu tehnicienii întreprinderii, principiile ergonomice ale muncii; să sprijine în mod concret și direct recuperarea deficienților și invalizilor din întreprinderea sa prin: repartizarea lor cu prioritate la cantinele dietetice* (în special pentru deficienții digestivi) și prin internarea lor periodică în stațiunile balneo-climaterice în cadrul „curelor de recuperare"; *modificarea programului de activitate cu evitarea schimbului trei*, reducerea programului, schimbarea locului de muncă, transferul periodic într-un nou loc de mucă, ameliorarea condițiilor de muncă, acordarea de concedii medicale după nevoile individuale, sînt sarcini cotidiene ale medicilor de întreprindere; *sprijinirea invalizilor de gradul III pentru recalificare sau calificare; rezolvarea unor probleme sociale* ale deficienților cum ar fi: atribuirea de ajutoare ocazionale în bani sau materiale, urmărirea și rezolvarea unor probleme sociale interferate cu cele profesionale, pot fi soluționate de medicul de întreprindere cu sprijinul asistentei sociale de pe lîngă serviciul teritorial de E.M.R.C.M.; *completarea — împreună cu asistenta socială — a cercetării de teren la locul de muncă*, în vederea evaluării corecte a capacității de muncă; *dispensarizarea bolnavilor cronici*, plasarea lor în locuri de muncă potrivite, tratamentul igieno-dietetic și medicamentos corespunzător (stabilit în colaborare cu medicul de specialitate teritorial), semnalarea și discutarea împreună cu medicul expert și cu specialistul bolii de bază a eventualelor discordanțe între restantul morfofuncțional al bolnavului și caracterul solicitărilor locului de muncă și luarea măsurilor corespunzătoare, constituie o *adevărată operă de prevenire a invalidității*.

Deși multiple, aceste sarcini sînt pe deplin realizabile în condițiile organizării medico-sanitare actuale din țara noastră și ale organizării întreprinderilor. Mecanizarea și automatizarea, care se extind pe scară largă, la rîndul lor au lărgit tot mai mult posibilitățile de reîncadrare în muncă a deficienților, prin crearea de locuri de muncă cu solicitări energetice mai mici. Astăzi este posibil ca majoritatea deficienților să fie reîncadrați în activitatea productivă în concordanță cu posibilitățile fiecăruia. Sarcinile medicului de întreprindere au fost mult discutate în literatură (2, 44, 48). Ele constau din alegerea celui mai potrivit loc de muncă (atît pentru valizi, cît și pentru invalizi), după principiile biotipologice profesionale și ale ergonomiei, la urmărirea și sprijinirea adaptării sau readaptării muncitorilor la locurile lor de muncă, la crearea con-

Scanned with OKEN Scanner

dițiilor sanogene de activitate. Pentru aceasta, se cere stabilitate în întreprinderea respectivă, competență și receptivitate față de ideile noi.

I.3.C.c. LOCUL DE MUNCĂ PROTEJAT

Sînt cazuri cînd reîncadrarea într-o întreprindere anumită este imposibilă, fie din cauza solicitărilor incompatibile, fie din cauza deficienței însăși. Pentru remedierea unor astfel de situații, nu excepționale, s-a încercat crearea unor „ateliere protejate", în care sînt plasați deficienții. Experiența acumulată arată că nu este bine ca deficienții să fie izolați în unități destinate exclusiv lor. Dimpotrivă, este mai util ca în cadrul întreprinderilor obișnuite să li se acorde și eventual să se amenajeze locuri de muncă adecvate capacității lor de efort.

Aportul locurilor de muncă protejate este complex (36,51) și ușor de întrevăzut. Interesul muncii protejate rezidă în însăși caracterul de ergoterapie pe care îl are, ca tratament profilactic sau metafilactic dirijat, limitat în timp, sistematic și controlat. Pe lîngă obiectivele sale generale ca metodă de recuperare, ea cuprinde și anumite deziderate de ordin psihologic. Influențează favorabil procesul de vindecare prin stimularea încrederii în forțele proprii și a dorinței de însănătoșire, și înlătură posibilitatea dezvoltării unor reacții depresive. Ea constituie totodată o cale de corecție a concepțiilor și atitudinilor negative față de muncă cunoscute sub numele de „devianță pasivă". Este important ca noua reîncadrare să întrunească și cooperarea deficientului.

Preocupări față de organizarea atelierelor de muncă protejată există în multe țări. S-au făcut și la noi încercări de acest gen. Modul de organizare al întreprinderilor noastre asigură în măsură satisfăcătoare amenajarea unor locuri de muncă cu program redus sau cu solicitări psihofiziologice mai scăzute. Transferul în muncă și activitatea exclusiv în schimburi de zi oferă de asemenea alte posibilități de protecție a muncii depuse de către deficient. Într-un sens mai larg, însăși cooperativa de invalizi corespunde condițiilor cerute de un loc de muncă protejat.

COOPERATIVELE DE INVALIZI

În țara noastră, cooperativele de invalizi tind să răspundă la următoarele deziderate fundamentale (66): să asigure un plasament corespunzător potențialului psiho-fizic, pentru o par-

Scanned with OKEN Scanner

te din invalizi; să asigure participarea activă a invalizilor înșiși la procesul de producție; să asigure urmărirea adaptării și readaptării în activitate a acestor invalizi de către cadre medico-sanitare calificate. Și în alte țări socialiste, cooperativele de invalizi au aceleași deziderate fundamentale ca și la noi (27,56).

Următoarele măsuri de ordin organizatorico-administrativ și medico-social, ar putea îmbunătăți mult în viitor întreaga activitate care se desfășoară în aceste cooperative:

măsuri ce privesc recrutarea deficienților și încadrarea lor în cooperative: recrutarea să se facă numai prin cabinetele de E.M.R.C.M. teritoriale dintre handicapații teritoriului arondat cabinetului respectiv, în special să se aibă în vedere tinerii handicapați;

organizarea procesului de producție să permită calificarea sau recalificarea invalizilor după principiile expuse în subcapitolul Orientarea profesională a deficienților;

să se urmărească adaptarea sau readaptarea deficienților în activitate, din punct de vedere biologic și socio-profesional;

să se intensifice măsurile ce privesc cointeresarea morală și materială a deficienților;

să se lărgească actualele secții, să se modifice unele locuri de muncă necorespunzătoare, să se înlocuiască mașinile vechi, care suprasolicită deficienții și să se creeze noi secții corespunzătoare principiilor ergonomice;

să se cunoască mai bine problematica medico-socială a cooperativelor de invalizi de către specialiști;

să se lărgească posibilitatea de activitate la domiciliu a cooperatorilor invalizi, cu program complet sau redus la 4 ore.

I.3.C.d. UNITĂȚI SPITALICEȘTI PENTRU RECUPERARE

Există mai multe tipuri de unități în cadrul cărora se desfășoară procesul de recuperare sub aspect medical.

Unitățile profilate, destinate tratării unei anumite boli cronice sau a unui grup de boli apropiate. În cadrul acestora, mijloacele terapeutice medico-chirurgicale propriu-zise sînt completate cu fizio-, kinezi- și ergoterapie.

Unitățile medicale de tip spital general care au dezvoltat — ca posibilitate terapeutică suplimentară — diverse procedee

Scanned with OKEN Scanner

de recuperare funcţională (cu deosebire fizio-, kinezi- şi ergoterapie).

Unităţi medicale specializate în recuperare. Aci sînt transferaţi bolnavii după ce li s-au aplicat procedurile obişnuite de tratament medico-chirurgical, pentru a se practica procedurile corespunzătoare de recuperare funcţională.

Unităţi specializate în recuperare, în care sînt transferaţi bolnavii după ce au trecut peste etapa medico-chirurgicală obişnuită. În cadrul acestora se aplică un antrenament profesional şi se urmăreşte reducerea perioadei de convalescenţă.

Unităţi de recuperare educativ-pedagogice. Acestea se adresează mai ales deficienţilor senzoriali şi neuro-psihici şi urmăresc calificarea profesională cu ajutorul unor metode educative.

Spitalele de zi. Sînt unităţi spitaliceşti care asigură bolnavilor în timpul zilei îngrijiri active, dîndu-le posibilitatea de a reveni în ambianţa de viaţă obişnuită în cursul nopţii. După modul de organizare, acestea sînt autonome sau auxiliare altor instituţii curative. Deficienţii cărora li se adresează asistenţa aci corespund (după legislaţia din ţara noastră) deficienţilor încadraţi în gradul II de invaliditate. Astfel de spitale sînt create în U.R.S.S., Marea Britanie, Statele Unite, Canada. La noi au fost experimentate unităţi similare sub numele de „cămine de zi pentru adulţi".

O funcţie analoagă îndeplinesc căminele de noapte. Persoanele cuprinse în cadrul acestora îşi desfăşoară activitatea profesională în turele de zi, beneficiind în cursul nopţii de îngrijirea medicală corespunzătoare.

Din punct de vedere economic, spitalele de zi şi de noapte sînt mai rentabile, întreţinerea bolnavilor necesitînd doar jumătate din preţul de cost al unui „pat" dintr-un spital obişnuit. În prezent se subliniază necesitatea eliberării de imaginea spitalului tradiţional. Într-adevăr, nevoile bolnavilor impun sisteme diferenţiate de asistenţă, în cadrul cărora spitalizarea constituie doar un moment, nu totdeauna necesar, care se articulează suplu cu celelalte măsuri de prevenire, depistare şi îngrijire ambulatorie. Pentru unele boli sau anumite faze de evoluţie, se tinde tot mai mult spre o terapie activă, unde recomandarea imobilizării la pat să fie rară, încît „viaţa spitalicească devine apropiată de viaţa normală a persoanelor valide". Aci se au în vedere desigur afecţiunile cronice compatibile cu un grad de activitate. Noţiunea de spital nu trebuie axată exclusiv pe saloane, ci şi pe săli de zi sau de noapte, în

Scanned with OKEN Scanner

concordanță cu dezideratul respectării potențialului de activitate a bolnavului.

Există preocupări în legătură cu crearea unor așezăminte în care să se asocieze instituția de tratament și cea de recuperare. *Proiectarea unui centru de recuperare necesită un studiu mai aprofundat* decît cea a unui spital clasic, deoarece spațiile trebuie mult mai diversificate sub raportul construcției și amenajării. Înzestrarea unui astfel de centru prevede posibilități de terapie în sensul clasic dar și de terapie ocupațională, psihoterapie, readaptare, terapie recreațională, vorbire, orientare profesională (16). În construirea acestor spitale va trebui să se aibă în vedere: amplasarea instituției astfel încît să fie accesibilă mijloacelor comune de circulație; legătura funcțională strînsă între secția de terapie clasică și secția de recuperare biologică și socio-profesională, proporționarea corespunzătoare a spațiului arondat atelierelor; gruparea în același salon a unor bolnavi cu diferite grade de suferințe și diferite vîrste, avînd în vedere că bolnavii tineri și cei în grad mai avansat de vindecare, exercită o influență psihică pozitivă asupra celor mai vîrstnici și mai bolnavi; asigurarea unor variate posibilități de recreere (bufet, cofetărie, spații pentru plimbare în aer liber, la soare); masa se ia în săli comune, considerîndu-se că aceasta încurajează comunicarea interumană tonică. Recuperarea bolnavilor este astfel organizată, încît să pregătească bolnavul pentru viața de acasă și din profesie. Se va avea de aceea în vedere și rezolvarea problemelor socioprofesionale pe care le ridică deficienții.

În S.U.A., Centrul pentru readaptare a fost creat în 1956, ca un comitet de legătură între asociațiile de readaptare, compus din membrii Asociației Medicale Americane cuprinși în activitatea de recuperare. Scopul și obiectivele sale au fost publicate în 1957 în „Raportul Comitetului pentru readaptare", care a servit ca ghid în realizarea numeroaselor proiecte elaborate de atunci în toată lumea (67).

S-a plecat de la ideea că după ieșirea din spital, mulți bolnavi se găsesc în fața unui posibil regres sau a unei reîntoarceri în societate într-un rol mult inferior celui necesar. Prin introducerea recuperării în aceste instituții, se caută completarea hiatusului dintre spital și colectivitate. S-au făcut încercări în scopul definirii unui program legat de ieșirea din spital a bolnavilor și de nevoia de îngrijire continuă folosind o echipă de recuperare.

În 1962 s-a creat, pe lîngă un spital existent, în Epping (Anglia), un centru de recuperare cu următoarele sarcini princi-

Scanned with OKEN Scanner

pale (67): să asigure un centru de expertiză și recuperare pentru bolnavii cronici; să asigure expertiza și recuperarea persoanelor cu boli acute; să includă fizioterapia și terapia ocupațională în tratamentul obișnuit aplicat bolnavilor din spital.

În marile spitale din Franța, organizarea readaptării funcționale a bolnavilor a cîștigat deja experiență. S-a pus mai întîi problema organizării readaptării funcționale în spitalele de mică și mare importanță. Treptat s-a dezvoltat însă ideea că nu numai marii handicapați au nevoie de recuperare, ci și restul deficienților, indiferent de gradul deficienței lor. Recuperarea în aceste instituții medicale apare ca activitate adiacentă a centrului respectiv, care completează tratamentul medical (în cazul bolnavilor locomotori) și îl continuă după ce bolnavul a fost externat. În aceste instituții coexistă practic cele trei „departamente de bază ale recuperării: balneoterapia, kineziterapia și ergoterapia.

I.3.C.e. MODALITĂȚI DE RECUPERARE A DEFICIENȚILOR DIGESTIVI

Recuperarea deficienților digestivi solicită un loc prioritar, dat fiind numărul lor mare și apariția deficienței în general la o vîrstă tînără sau relativ tînără și persistența ei, de regulă, îndelungată.

Existența serviciilor de gastroenterologie și a centrelor de recuperare ușurează, pentru început, organizarea unei acțiuni de recuperare, care ar urma să se concentreze în jurul acestora. Aici vor trebui luați în evidență toți deficienții digestivi din teritoriul arondat. Depistarea se poate face de cadrele din rețeaua de bază curativo-profilactică: medicii de circumscripție, medicii de instituții sau cei de întreprinderi. Centrul (ambulator) care îi preia răspunde de precizarea diagnosticului morfofuncțional și de tratamentul complex, în condiții de staționar sau de ambulator, după necesități. Eventualele probleme sociale ale bolnavului sînt rezolvate prin cooperarea familiei cu serviciile de expertiză teritoriale și cu D.P.M.O.S.

Dacă bolnavul nu a putut fi recuperat în cîteva luni de tratament, iar recuperarea nu se întrevede nici în următoarele luni, se face propunerea pentru aviz de expertiză. Persoanele încadrate în gradul I sau II de invaliditate sînt absolvite de orice activitate profesională pe timp de un an. Deficienții încadrați în gradul III de invaliditate vor fi încadrați în vechiul loc de muncă cu program redus la jumătate sau în alt loc de

Scanned with OKEN Scanner

muncă ce solicită eforturi profesionale mai mici și care este compatibil cu restantul lor morfofuncțional, tot cu 1/2 norma.

Odată încadrat în activitate, deficientul este ajutat pentru readaptarea sa la locul de muncă de către cabinetul de expertiză medicală. Dacă deficientul respectiv nu este calificat, se pune problema orientării lui profesionale. Chiar după ce deficientul a fost recuperat și și-a reluat activitatea, necesită de multe ori un tratament de durată.

Pentru recuperarea deficienților digestivi sînt create o parte din condițiile necesare. Orientarea profesională a deficienților digestivi ridică mai puține probleme decît a deficienților locomotori, senzoriali, neuropsihici, pulmonari sau cardiovasculari. În maniera practică expusă, recuperarea deficienților digestivi nu ridică pentru moment problema creării unei baze materiale distincte față de cea existentă. Cu deosebire nu pretinde edificii deosebite, ci numai înzestrarea celor existente cu tehnică modernă de explorări și tratament. Este în schimb absolut necesară închegarea unor echipe omogene de recuperare. Dezideratul este realizabil mai ales dacă avem în vedere că și în condițiile obișnuite de activitate sînt îndeplinite sarcini de recuperare (mai ales medicală). Activitatea în această direcție este însă sporadică, neorganizată și ca atare eficiența ei rămîne nesatisfăcătoare.

Intrarea în funcțiune a Centrelor de recuperare va crea condiții optime pentru recuperarea deficienților între care și a celor digestivi.

I.3. C. f. EFICIENȚA SOCIALĂ ȘI ECONOMICĂ A ACTIVITĂȚII DE RECUPERARE A DEFICIENȚILOR DIGESTIVI

Activitatea de recuperare urmărește pe lîngă redarea demnității omului în activitate, și efecte socio-economice asupra deficientului și societății. Pentru deficient și familia sa, reîncadrarea într-o activitate duce la creșterea standardului de viață. Pentru societate, recuperarea capacității de muncă duce, pe de o parte, la scăderea numărului dependenților sociali, iar, pe de altă parte, la atragerea în activitate a noi forțe de muncă. În cincinalul actual (adică 1976—1980 n.n.) se observă o scădere a sporului natural al rezervelor de muncă, datorită ieșirii din muncă a contingentelor născute după primul război mondial, a intrării în activitate a generațiilor celor născuți după 1960 — ani în care sporul natural al populației a fost mic — și generalizării învățămîntului la 10 și apoi la 12 ani,

Scanned with OKEN Scanner

care va întîrzia intrarea în producţie a acestor tineri (20). Asemenea previziuni ştiinţifice sînt de natură să sublinieze şi mai mult însemnătatea recuperării sub toate aspectele sale în ţara noastră.

O primă problemă care se cere relevată este importanţa afecţiunilor digestive din punctul de vedere al consecinţelor lor social-economice. Demonstrînd că morbiditatea digestivă are o însemnată expresie economică, trebuie să admitem necesitatea contracarării acesteia prin măsuri de amploare, chiar dacă acestea obligă la unele investiţii. Beneficiul social va fi evident, chiar dacă am rămîne la termenii unui economism pragmatic. Faptul că o mare parte dintre bolile digestive evoluează cronic, explică absenteismul considerabil pe care îl provoacă, acesta la rîndul său antrenînd pierderi în producţie şi cheltuieli prin ajutoarele de boală. În cursul anului 1970, numărul zilelor de muncă pierdute din cauza afecţiunilor digestive a fost de aproximativ 7.000.000 pe întreaga ţară (16 bis). Cifra reprezintă 18% din totalitatea absenţelor din producţie din motive medicale. Se estimează că în municipiul Cluj-Napoca, există 5.070 bolnavi digestivi la 100.000 locuitori. Ceea ce impune de asemenea o atenţie particulară este creşterea progresivă a unora din aceste îmbolnăviri, precum şi afectarea predominantă a vîrstelor tinere. Din 1963 pînă în 1969, numărul cazurilor de ulcer gastroduodenal a crescut — în calculul autorilor — de cinci ori (13). În fiecare an se înregistrează un număr de circa 450 noi cazuri de îmbolnăvire. Vîrsta medie afectată este de 35 ani. Bolile digestive ocupă locul II în morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă a unor mari întreprinderi. Urmărind dinamic numărul de zile de concediu medical acordate pentru boli digestive, se obţine cifra de 132,5 pentru anul 1966 şi de 155 pentru anul 1970 (13). Pe întreaga ţară morbiditatea digestivă se situează pe locul IV în lista suferinţelor cu caracter invalidant (22). Ea cuprinde 9% din întreaga invaliditate. Valoarea pensiilor plătite pentru deficienţii digestivi se ridică la cca 230 milioane lei anual (16 bis).

Privind în ansamblu pierderile anuale produse de îmbolnăvirile digestive, acestea însumează peste un miliard lei, inclusiv asistenţa medicală, ajutoarele de boală, pensiile. La toate acestea trebuie adăugate şi pierderile rezultate din lipsa acestor deficienţi din activitatea productivă, pierderi evaluate orientativ la 7.000.000 lei. Nu pot fi trecute cu vederea, pe lîngă consecinţele negative asupra bugetului statului, nici pierderile personale ale acestor bolnavi. Prin trecerea lor de la starea de activitate la cea de invaliditate şi inactivitate temporară

Scanned with OKEN Scanner

parţială sau totală, aceştia îşi reduc venitul la aproximativ 60%, beneficiind în consecinţă de un standard de viaţă scăzut în aceeaşi proporţie.

Sistemul ocrotirii sănătăţii din ţara noastră oferă o premisă favorabilă aplicării unui mare număr de măsuri de recuperare şi deschide perspectiva unei continue perfecţionări a acestora. Însăşi dezvoltarea organizării economice şi perfecţionarea tehnică influenţează traducerea în fapt a dezideratului unei recuperări individualizate. Astfel, diversificarea producţiei creează condiţiile utilizării tuturor forţelor de muncă. Automatizarea şi mecanizarea permite folosirea cu randament chiar şi a persoanelor cu capacitate de efort scăzut. Se înlesneşte în acest fel tot mai mult accesul deficienţilor în circuitul economic. Mari posibilităţi oferă organizarea de locuri de muncă protejate, care pentru bolnavii digestivi înseamnă uneori modificări cu totul minore. Problema se reduce uneori la adecvarea graficului de muncă sau la armonizarea activităţii şi a alimentaţiei.

Experienţa dobîndită în numeroase centre din lume pledează pentru eficienţa acţiunii de recuperare. Bunele rezultate care se pot obţine ating de regulă dimensiunea rentabilităţii economice. Prin investirea unui fond special pentru măsuri de recuperare, s-a reuşit în Australia încadrarea în muncă a 2.700 persoane. Ca urmare a acestei acţiuni, au fost obţinute economii care au depăşit cu cel puţin o dată suma investită iniţial. La centrul de readaptare din Gleize (33), sumele cheltuite pentru înzestrarea tehnică în 1964 au fost amortizate, în numai doi ani, prin activitatea celor reabilitaţi. La casa de odihnă Andersen-Nexö din Leipzig, prin organizarea unei brigăzi diferenţiate pe profesiuni, au fost obţinute însemnate venituri. La districtul Croydon din Londra, cunoscut pentru centrul său guvernamental de antrenament al deficienţilor şi pentru unitatea sa de readaptare industrială, se comunică rezultate bune în legătură cu cele mai diferite deficienţe. Studiile privitoare la „eficienţa cheltuielilor“ — termen economic modern — s-au verificat şi în cadrul activităţii de recuperare, unde cheltuielile investite aduc beneficii reale ca orice altă investiţie (7).

Alături de soluţiile practice, cu implicaţiile socioeconomice discutate, deficienţii digestivi ridică un aspect cu totul particular: cel al alimentaţiei. Avînd în vedere că bolile digestive cu evoluţie prelungită impun respectarea cu rigurozitate a unor norme de igienă şi de compoziţie alimentară, reîncadrarea în activitate trebuie să rezolve concret şi proble-

Scanned with OKEN Scanner

mele legate de aceasta. Aşa de exemplu, organizarea unor secţii dietetice în cadrul cantinei din întreprindere poate oferi uneori garanţia alimentaţiei corecte. Pentru cei care necesită mese fracţionate, la intervale mici, se poate organiza un program (redus sau nu ca număr de ore pe zi) care să includă pauzele cerute de acestea.

Un argument care ar putea fi invocat împotriva încadrării în activitate a deficienţilor ar fi absenteismul acestora. O astfel de observaţie pare firească la prima vedere, dar în realitate, aşa cum precizează o analiză mai atentă, proporţia celor care lipsesc, din această categorie, nu este mai ridicată faţă de proporţia celor din grupul valizilor. Observaţii clinice şi lucrări statistice atestă că invalizii încadraţi în procesul muncii nu cresc morbiditatea din întreprinderile respective dacă se respectă condiţiile necesare. Se impune astfel, selecţionarea atentă şi plasarea în locurile cele mai potrivite în funcţie de diagnostic, restant funcţional, stadiul evolutiv, prognostic şi caracterul solicitărilor locului de muncă. Deficienţii vor fi urmăriţi continuu prin dispensarizare, aplicarea măsurilor complexe de recuperare biologică şi socioprofesională. Locul de muncă trebuie amenajat în conformitate cu cerinţele deficientului şi ale deficienţei (condiţii ergonomice de muncă). Se va asigura sprijinul economic necesar familiei deficientului, mai ales cînd acesta are condiţii modeste de viaţă. Trebuie asigurată participarea deficientului la acţiunea de recuperare prin muncă şi paralel prin respectarea planului complex întocmit de echipa de recuperare. Observaţia practică ne arată că este încă nevoie de multă educaţie — sociocultură — pentru ca deficienţii să înţeleagă obligaţia lor cetăţenească, de a munci atît cît pot şi acolo unde pot. O parte dintre deficienţi înţeleg numai obligaţia societăţii de a-i întreţine cînd sînt în incapacitate de muncă.

I.3.D. BAZELE BIOLOGICE ALE RECUPERĂRII

Deplina realizare a personalităţii omului, activitatea productivă, creaţia, sînt strîns condiţionate de starea de sănătate. Aceasta oferă premisele biologice ale randamentului maxim şi în egală măsură dispoziţia psihică stimulatoare pe care o cere desfăşurarea efortului. În această accepţiune, OMS defineşte

Scanned with OKEN Scanner

sănătatea „ca o stare de confort fizic, psihic și social", care nu constă deci, doar în absența bolii sau a infirmității.

Integrarea psihobiologică a omului în mediul ambiant cuprinde nenumărate influențe care tind să perturbe echilibrul homeostazic al organismului. Se creează în acest fel reacții adaptative, care pot atinge proporții considerabile. Adaptarea la mediu este exemplul cel mai simplu al conservării stării de sănătate prin reacții adecvate. Mecanismele adaptative de care organismul uman dispune în prezent au fost create lent, în evoluția filogenetică, și se perfecționează încă și în cursul ciclului ontogenetic al vieții individuale, prin procesul de maturizare. Mecanismele de protecție funcționale dobîndesc frecvent și substrat morfologic, care le conferă eficiență și durabilitate (45, ș.a.). Capacitatea lor de protecție poate fi însă depășită și din acest punct se constituie sindroamele patologice manifeste. Dezechilibre preexistente generează reacții disadaptative, insuficiente sau inadecvate ca sens. Se știe, de exemplu, că tipul alimentației atrage modificări caracteristice, transmisibile ereditar, ale echipamentului enzimatic digestiv. Deficiențele gastrointestinale sau biliopancreatice pot însă compromite reacția adaptativă.

Procesele adaptative constituie însăși baza menținerii în viață a organismului. Chiar dacă ele privesc funcții bine delimitate, rămîn totdeauna o rezultantă a participării întregului organism, reglată prin mecanisme neuroendocrine și umorale foarte complexe. Însemnate procese adaptative sînt induse de însăși activitatea profesională, avînd deci o condiționare socială. Reușita acestui tip de reacții este dependentă de nenumărați factori pe care ergonomia îi studiază astăzi cu multă atenție.

Delimitarea stării de sănătate față de boală nu poate fi făcută în toate cazurile cu siguranță. Boala este adeseori prezentă în mod latent sau manifestarea ei cere un timp mai îndelungat de pregătire. Criteriul bunei stări fizice și cel al capacității nealterate de lucru ne asigură diferențierea.

Patogeneza cumulează intervenția unei varietăți extrem de largi de factori. După poziția lor și succesiune se face distincția între factori predispozanți și declanșanți, favorizanți și determinanți. Chiar pentru același cadru nozologic, locul acestora se poate modifica de la un bolnav la altul. Aceștia aparțin terenului sau mediului exterior. O parte din boli sînt specifice, cauzate de același agent: infecții, intoxicații etc. Un imens număr se caracterizează însă prin pluricondiționare, recunos-

Scanned with OKEN Scanner

cînd la originea lor asociații mai mult sau mai puțin bogate de factori cu pondere inegală (constelații patogenetice). Odată inițiat procesul patologic, dezvoltarea sa este frecvent preluată de intervenția altora (factori de întreținere — autoîntreținere). Constituirea de cercuri vicioase patogenetice contribuie la permanentizarea unor tulburări funcționale sau la amplificarea unor leziuni morfologice. Trecerea de la un stadiu predominant funcțional la altul predominant organic, marchează, alteori, dinamica procesului morbid.

Analiza atentă a modificărilor morfofuncționale detectate în diferitele afecțiuni și evaluarea semnificației pe care o prezintă, permite recunoașterea a cel puțin două categorii: tulburări patologice propriu-zise și reacții adaptative compensatorii. Însăși modelul simplificat al sindromului de adaptare care este generat în condiții de stress, cunoaște, așa cum a conceput H. Selye, succesiunea a trei faze: reacția de alarmă, faza de echilibru (de rezistență) și, în sfîrșit, cea de epuizare. Un rol central revine hipofizei care stimulează prin ACTH secreția de glicocorticoizi, iar prin STH anabolismul proteinic. Alături de axul hipofizosuprarenal și de sistemul nervos central, tiroida participă de asemenea la reacția organismului în stress.

În patologia digestivă se cunosc multiple situații cînd după intervenții de exereză se dezvoltă reacții compensatorii la nivelul celorlalte segmente din sistemul funcțional afectat. Așa este cazul bolnavilor gastrectomizați (29), colecistectomizați sau al celor cu rezecții de intestin subțire și de colon (11). Echilibrul realizat se caracterizează însă printr-o stabilitate scăzută, astfel că o proporție însemnată din persoanele supuse intervenției devin bolnavi manifești. Investigațiile efectuate evidențiază un complex de modificări morfofuncționale strîns intricate, din care se poate totuși diferenția complexul reacțional compensator. Asemenea procese sînt prezente și în cursul fenomenelor patologice de altă origine. Capacitatea mecanismelor fiziologice de protecție bazate pe mobilizarea rezervelor defensive ale organismului — mai exact ale aparatului digestiv în ansamblul său — poate fi deci depășită. Totdeauna este important să se delimiteze reacția adaptativă de procesul patologic rezultat în mod direct din agresiune.

Atunci cînd mecanismele de protecție nu reușesc să facă față dezechilibrului creat de agenții patogeni și cînd homeostazia este alterată, vorbim de decompensare. Pentru instalarea acesteia pot interveni diferite momente: intensitatea deosebit de puternică a agresiunii depășind posibilitățile adaptative

Scanned with OKEN Scanner

și compensatorii ale organismului, deficiențe ale sistemelor neuro-endocrino-umorale, care controlează prin reacții în lanț echilibrul biologic, suprasolicitări funcționale exagerate ale organismului stressat în condiții de efort, condiții de microclimat și macroclimat nefavorabile etc. Foarte frecvent coexistă mai multe din aceste elemente. Aplicarea unor măsuri terapeutice și de igienă generală și alimentară este în măsură să întîrzie sau să prevină decompensarea.

Sanogeneza constituie procesul de revenire la starea de echilibru biologic, la sănătate sau la stabilizarea unor deficiențe cu caracter definitiv. Implică în orice caz lipsa de progresivitate. Conținutul diferă după alura acută sau cronică a îmbolnăvirii. *Trebuie acordată importanța cuvenită factorilor naturali de vindecare*, asupra cărora atrăgea atenția încă Paracelsus, înglobîndu-i sub denumirea de „medic interior". Aceste procese sînt cele care asigură vindecarea spontană, exemple ilustrative fiind apărarea imunitară în infecții sau regenerarea celulară după distrucții tisulare. Un principiu de bază al terapiei constă în stimularea mecanismelor naturale ale sanogenezei. O astfel de influență a depășit de mult faza empirică a terapiei naturiste și posedă astăzi mijloace de mare activitate. Ajungem cu aceasta la cea de-a doua modalitate fundamentală la care recurge medicul: introducerea de substanțe exogene cu acțiuni farmacodinamice adecvate. În sfîrșit, a treia cale prin care se intervine asupra bolii, determinînd evoluția spre vindecare, este corectarea chirurgicală a unor anomalii sau excizia segmentelor afectate ireversibil.

Un obiectiv al acțiunii sanogenetice este combaterea reacțiilor nocive („destructorem sanitatis" în formularea lui Paracelsus). Se conturează astfel o poziție științific dialectică a medicului, constînd din conduita diferențiată față de procesele patogenetice și față de cele sanogenetice. Este la fel de greșit să se amplifice artificial reacții dăunătoare sau să se combată neapărat diferitele procese de apărare, apreciate simplist prin prisma unei terapii rigid simptomatice. Ajutăm deci evacuarea conținutului gastrointestinal dacă aceasta permite îndepărtarea unor substanțe toxice, dar nu vom putea considera că vindecăm gastroduodenita prin antivomitive și nici enterocolita prin antidiareice.

Dintre mecanismele sanogenetice, un loc important revine reechilibrării controlului neuro-endocrino-umoral. Dependența strînsă a aparatului digestiv de tonusul vagosimpatic, de echilibrul funcțional al principalelor glande endocrine, ca și de concentrația unei mari varietăți de mediatori chimici atrage

Scanned with OKEN Scanner

necesitatea terapiei cu caracter general în toate afecțiunile digestive. Acțiunile sedative și de tonificare ale sistemului nervos sau corecția hormonală sînt înscrise constant în planul terapeutic.

Sînt puține situații cînd combaterea prin mijloace specifice a unui agent etiologic determinat (bacterii sau paraziți), rezolvă îmbolnăvirea digestivă.

Corectarea unor deficiențe funcționale ireversibile, ca de exemplu, aclorhidria sau unele carențe enzimatice, devine o cale principală pentru sanogeneză. Mijloacele actuale nu asigură însă substituirea decît în mică parte a carențelor enzimatice, limitîndu-se în general la cele trei principale enzime pancreatice (lipază, amilază, tripsinogen) și la celulaza de origine bacteriană. Corectarea poate lua aspectul colonizării de bacterii susceptibile de raporturi simbiotice cu gazda atunci cînd s-a creat o disbioză (bacterii lactice, bacterii subtilis, B. coli).

Reechilibrarea funcției motorii devine un mijloc de bază în sanogeneză la bolnavii digestivi, deoarece este vorba de o funcție de primă importanță. Sensul acțiunii de vindecare variază cu tulburarea existentă: încetinirea tranzitului accelerat prin antiperistaltice — antimotorii, stimularea motricității în stază și hipotonie, restabilirea tonusului normal în dischinezii-distonii (dissinergii).

Îndepărtarea acțiunii patologice a unor substanțe prezente în lumenul gastrointestinal se poate obține nu numai prin eliminare fizică, ci și prin captare intraluminală cu ajutorul unor produse adsorbante sau prin neutralizarea chimică. Mijloacele terapeutice cu acțiune asupra patogenezei trebuie să cuprindă și acest deziderat.

Regenerarea tisulară este un proces de mare valoare în sanogeneza bolilor digestive. Intervine frecvent în refacerea leziunilor ulceroase gastrointestinale, conferind funcționalitate zonei respective și reducînd la minimum cicatricea funcțională care se constituie. Turnoverul accelerat al epiteliului digestiv asigură refacerea mucoasei de acoperămînt, a vilozităților intestinale, atunci cînd au fost lezate. Se știe că epiteliul digestiv se reînnoiește în mod normal la 2—3 zile, pe seama celulelor care sînt formate în zonele profunde, criptice, bogate în mitoze. Hepatopatiile sînt însă cu deosebire dependente de gradul, de tipul și de ritmul regenerării celulare. I s-au adresat de aceea foarte numeroase cercetări clinice și experimentale. În prezent se utilizează multipli indici de evaluare a regenerării hepatice: pe preparatele bioptice se măsoară diametrul celular mediu (normal 12,3 — 25 microni), raportul nu-

Scanned with OKEN Scanner

cleo-citoplasmatic (0,40), incidența binuclearelor (normal 3%). Metoda scintigrafică și laparoscopia sînt de asemenea în măsură să aducă precizări asupra amplitudinii procesului regenerativ. Pentru stimularea acestuia sînt disponibile vitaminele citotrofice, aminoacizii cu deosebire acidul aspartic, cortizonul, anabolizantele în general. Terapia imunodepresivă devine în mod indirect stimulatoare a regenerării hepatice prin suprimarea autoagresiunii care se dezvoltă și se menține în cerc vicios.

Regenerarea poate lua aspectul hipertrofierii organului, așa cum se observă după hepatectomii segmentare, cînd se hipertrofiază parenchimul restant. Tot astfel după colectomii se constată transformări morfologice considerabile ale intestinului subțire. Acestea devin maximale după rezecțiile extinse de intestin subțire, conferind segmentului restant capacități substitutive prin mărirea suprafeței sale absorbtive pe seama augmentării pliurilor.

Vindecarea trebuie apreciată în funcție de restantul morfologic și funcțional. Poate fi doar parțială sau temporară. Evoluția recurențială a unor boli ca ulcerul, deplasează problema vindecării după un recul de timp necesar, stabilit în mod convențional la o acalmie de cinci ani. Riscul recidivelor ulterioare nu este, nici în asemenea situații favorabile, exclus, dat fiind caracterul definitiv al defectului genetic transmis care realizează terenul ulceros.

Vindecarea biologică trebuie privită doar ca premisă a redobîndirii sănătății depline, a recuperării sub toate aspectele sale, soldată cu integrarea fostului bolnav în viața socială și în profesiune. Este necesară deci, adăugarea unor măsuri socio-profesionale recuperatorii (de care s-a vorbit). Această integrare este foarte frecvent condiționată, în cazul multora din bolile digestive cronice, de respectarea unor norme fundamentale de igienă generală și alimentație și de aplicarea unei terapii recuperatorii de întreținere care nu creează în sine dificultăți și nici nu generează sentimente de infirmitate. Este vorba deci de o vindecare realizabilă, însă condiționată.

De conduita corectă a medicului depinde readucerea în activitate a unui mare număr dintre bolnavii digestivi. *Rămîne valabil însă preceptul că „medicul trebuie să caute obținerea efectului curativ optim cu mijloacele cele mai simple“*, mai ales în acest domeniu, unde excesele au făcut de multe ori modă. Bolnavul aduce la rîndul său o contribuție însemnată prin disciplina alimentară pe care o respectă și prin fixarea euritmurilor funcționale necesare digestiei și evacuării intestinale.

Scanned with OKEN Scanner

Un echivalent al antrenamentului fizic, metodă de bază în recuperarea cardiacilor și respiratorilor, este adaptarea lent progresivă la o alimentație cît mai completă a deficienților digestivi. Posibilitățile largi de activare enzimosecretorie, digestivă, explică rezultatele impresionante care se pot obține prin reintroducerea dozată, în trepte mici, a unor alimente inițial excluse din cauza intoleranței lor. Nu numai cantitatea, ci și modul de pregătire sau de consum oferă resurse pentru împlinirea dezideratului principal al alimentației, cît mai apropiată de cea obișnuită pentru grupul de populație respectiv.

I.3.E. BAZELE PSIHOLOGICE ALE RECUPERĂRII

Influența factorului psihic în patologie este considerabilă, atît pentru patogeneză cît și pentru sanogeneză. Poziția sa a fost cu deosebire relevată de afecțiunile zise „cortico-viscerale" sau „psihosomatice", unde rolul său declanșator se impune mai evident și unde terapia de reechilibrare psihovegetativă devine un obiectiv principal. În sfera digestivă, boala ulceroasă, rectocolita hemoragică și enteropatiile difuze cunosc o intervenție de asemenea tip a factorului psihic, dar asocierea acestuia în complexe patogenetice mai largi, nu lipsește nici din alte îmbolnăviri. Pe această cale se exercită influențele nocive ale mediului social ca și ale autodramelor, cu substrat în exterior sau imaginare. Stress-ul psihic a dobîndit un loc recunoscut în condiționarea unui mare număr de afecțiuni, astfel că depistarea și combaterea sa constituie un principiu obiectiv al acțiunii de vindecare și recuperare.

Încadrarea justă a factorului psihic în programul de recuperare are în vedere diverse aspecte de psihologie medicală, psihologie socială și psihologie a muncii. Diferențele individuale extrem de nuanțate fac imposibilă aplicarea stereotipă a unei rețete anumite, ci dimpotrivă, impun o conduită diversificată, adaptată fiecărui bolnav, adecvată momentelor succesive ale activității de diagnostic și recuperare.

Trebuie să cunoaștem în primul rînd însăși poziția subiectivă a bolnavului față de boală și de consecințele ei.

Reacția față de suferința propriu-zisă. Majoritatea bolnavilor păstrează proporția dintre amplitudinea manifestărilor și cea a ripostei afective, a interesului și preocupării față de boală. Trebuie însă distinse alarmele exagerate, spontane sau delibe-

Scanned with OKEN Scanner

rate ca şi tendinţele de minimalizare şi neglijare, pentru a interveni corectiv.

Reacţia faţă de diagnosticul enunţat depinde în egală măsură de gravitatea acestuia şi de personalitatea bolnavului. Se vor da explicaţii totdeauna, atît cît poate fi înţeles, pentru a cointeresa lucid pe bolnav şi a-l asocia acţiunilor terapeutice. Înainte de a decide propria noastră atitudine, se impune a cunoaşte mai exact particularităţile psihice ale bolnavului.

Reacţia faţă de tratamentul recomandat. Disciplina şi autocontrolul bolnavului sînt mijloace ajutătoare de mare valoare. Acceptarea unor restricţii alimentare, uneori chiar severe pentru perioade limitate de timp, regularitatea orarului prescris pentru medicamente şi pentru mese, echilibrarea programului de somn etc. exprimă solidarizarea bolnavului cu medicul său. Dimpotrivă, nerespectarea normelor sau selectarea prescripţiilor excesive şi unilateralizate, abuzul de preparate medicamentoase, trebuie asanate cu mult tact din cauza consecinţelor lor negative. Cele mai greu depăşite pot deveni obstrucţiile faţă de intervenţiile chirurgicale. În situaţia cînd acestea apar ca necesare, răsunetul psihic este cu atît mai violent cu cît afecţiunea are o istorie mai scurtă. Tinerii sînt în mai mare măsură afectaţi de gîndul viitoarei „invalidităţi" postoperatorii, dacă se întrevede o exereză. Pregătirea bolnavului trebuie să aibă în vedere şi înţelegerea oportunităţii intervenţiei, familiarizarea cu ideea efectuării ei.

Reacţia faţă de reîncadrarea în activitate. Marea masă a bolnavilor văd în libertatea de a-şi relua activitatea anterioară, sau, după necesitate, cu un alt profil, o verificare a declarării vindecării sau în orice caz a trecerii bolii într-o fază de inactivitate. Există totuşi o categorie de bolnavi care refuză o decizie de acest gen, care solicită concediu sau pensionare în continuare. Conduita lor este dictată de teama progresării bolii în condiţiile reluării eforturilor profesionale sau de căutarea unui refugiu în boală ori de preferinţa nemărturisită a comodităţii unei vieţi inactive (devianţa pasivă de care s-a amintit). Se pot adăuga şi motive de ordin social, ca specificul — atractiv sau nu — al profesiei, al locului concret de muncă etc. Se interceptează aci uneori reacţii care îmbracă o alură de mică şi chiar de mare psihiatrie, de tipul psihozei revendicative sau cverulente, al parazitismului social, al izolării faţă de grup, al sinistrozei depresive etc.

În acţiunea de recuperare se începe cu obţinerea încrederii bolnavului şi a cooperării sale. Un aforism hipocratic atrăgea deja atenţia că „bolnavul trebuie să lupte alături de medic îm-

Scanned with OKEN Scanner

potriva bolii". A-i stimula dorința de vindecare, rezervîndu-i totodată satisfacția pentru participarea sa. Psihoterapia și sugestia se completează adecvat cu administrarea de sedative, tranchilizante. Crearea unei atmosfere deconectante și încurajatoare sporește forța acestor acțiuni.

Din poziția realistă față de boală, justificată fără nici o excepție pentru toate afecțiunile curabile, derivă și atitudinea față de reîntoarcerea în activitate. Buna cunoaștere a legislației ajută la acceptarea soluțiilor propuse de medicul expert. Reîncadrările de tip special, cu orar redus sau în locuri de muncă protejate, în schimb de zi sau în echipe cu sediu fix, recalificarea și reprofilarea oferă posibilități foarte nuanțate de a se rezolva, în manieră optimă, diversele probleme care se pot ridica. Este de mare importanță să se creeze convingerea utilității unei activități depuse, pentru a i se conferi valoare terapeutică. Readaptarea la viața activă se face uneori cu multă greutate, lent, prin exerciții ergoterapeutice gradate. Pe această cale deficientul își poate relua locul în societate, își poate dobîndi încrederea în sine și bucuria activității productive, a creației. Complexele de insatisfacție și sentimentul de inferioritate, de inutilitate, uneori de povară pentru familie, handicapează mult acțiunea de recuperare a marilor deficienți. Unele manifestări clinice pot izola suferindul de cei din jur, accentuînd și mai mult drama pe care o trăiește. În asemenea situații, calitățile morale și tactul medicului vor reuși totuși să atenueze suferința psihică, preponderentă chiar, prin consolare, dar și mai util, prin resuscitarea interesului față de viața socială, prin sugerarea mijloacelor concrete de a și-o redobîndi. Înțelegerea suferinței bolnavului, tactul și căldura sufletească a medicului echivalează cu o acțiune terapeutică de o valoare deosebită pentru că „puterea sufletului omenesc este un medicament pe care nimic nu-l poate întrece" (Gh. Marinescu, citat din 32). Trebuie să plecăm de la ideea devenită clasică și cu deosebire actuală în activitatea de recuperare: „medicul vindecă uneori, ușurează suferința adesea, dar totdeauna trebuie să consoleze".

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. ACTON, N., Revue Belge de Sécurité Sociale, 12, 2, 1970, p. 213.
2. ALDO OSTOJA și MARCOSIGNORI, P., Medicina Sociale (Torino), 12, 10, 1962, 278.

Scanned with OKEN Scanner

3. ARBATKAIA, D. I., DUHOVNAIA, L. O., GAPOHOVA, G. I., Sovetsk. Zdravdoh, 30, 10, 1971, 45
4. BONNAL, J., Rev. méd. Liège, 29, 1974, 217.
5. BERLOGEA, O., U.S.S.M., 26 martie 1976, I.E.M.R.C.M. București.
6. BUCHAU, J. F., The Practitioner, 195, 1169, 1965, 701.
7. COHEN, W., Rehabilitation Record (U.S.A.), 9, 6, 1968, 1.
8. CHRISTINE, Mac ARTHUR, Canadian Journal of Public Health, 5, 3, 1963, 210.
9. CRĂCIUN, C., MARIN, FI., PUȘCA, P., Clujul Medical, XLV, 1972, 593.
10. DONALD W. CORDES, Hopitals, 40, 3, 1966, 69.
11. DUMITRAȘCU, D., BADEA, Gh., In volumul *Suferințele stomacului operat*, Sinaia, 1963, 18.
12. FODOR, O., MARIN, Fl., Clujul Medical, XLIV, 3, 1971, 519.
13. FODOR, O., MOLDOVAN, N., IENCICA, R., Viața Medicală, 3, 1971, 99.
14. GEORGESCU, AGLAE., GULAN, ELENA., TOCILESCU, FLORICA., COMISIONER CLERETE, Viața Medicală, XVI, 8, 1969, 557.
15. GULAN, ELENA, *Scrisoare metodologică*, I.E.M.R.C.M., București, 1974.
16. HOWARD A. RUSK, *Rehabilitation medicine*, vol. I, Mosby Comp. St.-Louis, 1958.
16. bis. IONESCU, LETIȚIA, Congresul al II-lea Național de Gastroenterologie, București, 1971.
17. JECH, R. K., Soziale Sicherheit (Austria), 7, 1969, 211.
18. IRNKA, M., Socialni zabespeceni (R. S. Cehoslovacă), 11, 3, 1968, 21.
19. KRUSEN, H. F., Journal Belge de médicine Physique et de Rhumatologie, 18, 5, 1963, 198.
20. LUPU, PETRE, Era Socialistă, LIII, XII, 23, 1973, 9.
21. MARIN, A., Arch. Mal. Prof., 29, 4—5, 1968, 233.
22. MARIN, Fl., ONOJESCU, V., ARMEANU, V., ȘORTAN, V., SALAMON, N., Clujul Medical, XXXV, 2, 1963, 45.
23. MARIN, Fl., *Curs elementar de expertiză medicală și recuperarea capacității de muncă*, Litografia I.M.F., Cluj, 1973.
24. MARIN, Fl., ȘORTAN, V., BOHOTICI, LIA., REND, AURELIA., POPA, E., WEIS, E., *Memento de practică medicală* (Cluj), 4, 1974, 1.
25. MARIN, Fl., FODOR, O., Med. Int. (București), 11, 1973, 1319.
26. MAURER, M., *Expertiza medicală și recuperarea capacității de muncă*, vol. I și II., Ed. medicală, București, 1967.
27. MONTES, Fr., Réadaptation, 146, 1968, 13.
28. MORELEY, K. G., Rehabilitation, 62, 1967, 25.
29. NICOLAESCU, T., SCHIAU, S., STOICULESCU, R., BITMANN, E., în volumul *Suferințele stomacului operat*, Sinaia, 1963, 72.
30. PANZRAM, G., STANTKE, T., WEIRAUCH, M., Dtsch. Ges. Wes., Heft 25, 1970, 1161.
31. PĂUN, R., URSEA, N., *Recuperarea medicală, orientări și perspective*, Sesiunea a V-a a Academiei de științe medicale, 22—23 ianuarie 1974, București.
32. PĂUNESCU-PODEANU, N., *Bolnavii dificili*, Ed. medicală, București, 1969.
33. PETIT, M. J., Revue médicale de Liège, 21, 22, 1966, 581.
34. POPA, N., *Adaptarea cardiacilor în muncă*, Ed. medicală, București, 1971.
35. POPESCU, CORNELIU., *Boala canceroasă și reabilitarea*, Ed. medicală, București, 1966.

Scanned with OKEN Scanner

II
MORBIDITATEA ȘI INVALIDITATEA PRIN BOLI DIGESTIVE

Datorită ponderii lor în cadrul morbidității generale și a invalidității pe care o generează, bolile digestive constituie în prezent o importantă problemă de sănătate publică. Acesteia i se acordă în întreaga lume atenția pe care în mod real o justifică; se cunosc numeroase inițiative. Noile forme organizatorice sînt consecința faptului că o șesime din morbiditatea generală este determinată de aceste boli, care constituie totodată a treia cauză de morbiditate și principala cauză a absenteismului din industrie. Pe afecțiuni se semnalează creșterea cazurilor de ciroză alcoolică și de hepatopatii postvirotice, tot astfel, înmulțirea afecțiunilor toxice ale ficatului. Structura morbidității reflectă în egală măsură și la noi o proporție însemnată a bolilor digestive 2, 4, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 13a, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 25, 26, 27). Toate aceste date pledează în sprijinul organizării activității de recuperare a bolnavilor digestivi și de readucere a acestora în circuitul economiei naționale.

II.1. STUDIUL MORBIDITĂȚII SPECIFICE PE GRUPE DE AFECȚIUNI

Studiul morbidității specifice la populația adultă din municipiul Cluj-Napoca, pe un interval de cinci ani (1963—1967) situează suferințele digestive pe al doilea loc în ordinea frec-

---

* Analiza s-a făcut după modelul OMS (25).

Scanned with OKEN Scanner

venţei (9). Necesitatea unor măsuri hotărîte pentru recuperarea acestor afecţiuni este cu atît mai imperioasă cu cît este mai afectată cu deosebire vîrsta tînără. Toate lucrările statistice şi rapoartele de analiza morbidităţii arată creşterea an de an a morbidităţii generale prin afecţiuni digestive. Dintre bolile digestive o creştere îngrijorătoare manifestă hepatopatiile cronice şi boala ulceroasă.

Studiile efectuate pe un lot de 5000 bărbaţi neselecţionaţi, în vîrstă de 40—60 ani, au găsit în 14,9% suferinţe hepatice cronice din care 0,5% ciroze hepatice, 2.7% hepatite cronice active şi 11,7% forme fruste sau sechele posthepatită acută. În 1/3 din cazurile de hepatită, etiologia a fost virală (19). Pe plan naţional se observă o creştere a hepatitelor toxice profesionale (2), iar pe plan internaţional a hepatitelor cronice şi cirozelor etilice (22). Se evidenţiază de asemenea o creştere continuă a gastropatiilor şi enteropatiilor cronice (21).

II.2. STUDIUL MORBIDITĂŢII CU INCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ

În 1966 s-au înregistrat 132,5 zile de incapacitate la 100 angajaţi, în 1967 se constată valori mai mari, 145,2 zile la 100 angajaţi, ceea ce reprezintă o cifră mai mult decît dublă faţă de incapacitatea de muncă prin boli cardiovasculare, considerate de mulţi ani ca vîrf de morbiditate.

Evoluţia acestor cifre între anii 1969—1973, comparativ pe întreaga ţară şi pe judeţul Cluj, pe ansamblul bolilor digestive, este redată în tabelul 1.

Indicii sînt deci mai mari în judeţul Cluj, faţă de valorile medii pe ţară, ceea ce corespunde cu observaţii mai vechi care arătau o pondere crescută a afecţiunilor digestive în Transilvania şi Banat, ca urmare a obiceiurilor alimentare diferite.

În ultimii trei ani (1974, 1975 şi 1976) se remarcă, în general, o uşoară scădere a acestor indici (132,3 în 1974, 118,5 în 1975 şi 117,3 în 1976).

Bolnavilor digestivi le revin peste 15% din totalul certificatelor medicale eliberate pentru incapacitate temporară de muncă, în ultimii ani. Aproape 30% din totalul certificatelor medicale acordate pentru boli digestive revin hepatopatiilor cronice, iar 30% pentru boala ulceroasă.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 1

Dinamica evoluției zilelor de incapacitate de muncă acordate la 100 angajați în principalele boli digestive între anii 1969—1973 în țara noastră și în județul Cluj.

	1969		1970		1971		1972		1973
	Pe țară	Pe jud. Cluj	Pe țară	Pe jud. Cluj	Pe țară	Pe jud. Cluj	Pe țară	Pe jud. Cluj	Pe jud. Cluj
Bolile aparatului digestiv în ansamblu	117,0	136,5	121,5	147,8	110,7	137,1	113,8	143,3	145,5
Boala ulceroasă	29,8	36,3	31,0	38,9	28,9	37,0	29,5	39,4	36,8
Apendicită, hernii, ocluzii intestinale	22,7	30,8	24,0	31,6	22,7	27,6	23,1	27,5	28,6
Boli hepatice și biliare	25,7	29,9	27,2	29,9	25,4	27,1	26,7	30,7	31,3

Scanned with OKEN Scanner

II.3. MORBIDITATEA INTRASPITALICEASCĂ

Studiul acestei morbidități prezintă avantajul unui grad crescut de certitudine a informațiilor pe care le oferă, de aceea insistăm asupra datelor oferite de ea. Peste 15% din bolnavii spitalizați sînt digestivi. Necesitățile lor de internare sînt depășite numai de cele cerute de sarcină, naștere și lăuzie. Intervențiile chirurgicale destinate tratamentului afecțiunilor digestive acoperă aproape 25% din totalul intervențiilor chirurgicale.

Un aspect particular pentru îmbolnăvirile digestive este tendința de a cuprinde mai ales populația tînără, activă; aproape 72% din suferinzii digestivi sînt în vîrstă de 20—49 ani. Între 20—49 ani se concentrează 53,7% din hepatopatiile cronice și 72,4% din ulcerele gastroduodenale (9).

II.4. INVALIDITATEA PRIN BOLI DIGESTIVE

Invaliditatea prin boli digestive a fost evaluată în 1963 la 7,8% în aria fostei regiuni Cluj (16). Datele ulterioare dau pentru județul Cluj o proporție de 8,2% pentru anul 1969, 7,3% în anul 1971, 9,97% în anul 1972, 9,57% în 1973, 9,96% în 1974, 10,07% în 1975 și 10,6% în 1976.

Afecțiunile digestive ocupau în 1963 locul cinci în rîndul suferințelor invalidante, fiind depășite, în ordine, de afecțiunile cardiovasculare, tuberculoza pulmonară, afecțiunile aparatului locomotor și bronhopneumopatiile cronice obstructive. În 1971 ocupau locul patru, în 1973 locul trei, iar în 1975 și 1976 au ocupat locul doi (15, 26).

Referindu-ne la invaliditatea generală pe întreaga țară, subliniem creșterea anuală a ponderii invalidității prin boli digestive care se prezintă astfel: 8,9% în 1973, 9,04% în 1974, 9,1% în 1975 și 10,4% în 1976, ocupînd locul patru în cadrul invalidității generale (27).

În cadrul invalidității prin boli digestive, primul loc îl ocupă suferințele hepatice cronice, cu 48%, urmate de stomacul operat pentru ulcer, 26,2%, ulcerul gastric și duodenal cu complicațiile sale, 10,8%, restul suferințelor digestive, 15% (cifre

Scanned with OKEN Scanner

apropiate pentru toţi cei ce au studiat această problemă (12, 13, 14, 15, 16, 20, 23).

Media de vîrstă a invalizilor prin afecţiuni digestive este de 51 ani, ceea ce înseamnă că scoaterea lor — totală sau parţială — din activitate, atrage importante consecinţe economico-sociale. Datele noastre (16,26) arată următoarea repartizare a invalizilor digestivi: 1,50% sînt încadraţi în gradul I de invaliditate, adică sînt incapabili de orice activitate, nu au autoservirea şi au nevoie în permanenţă de un ajutor (este vorba mai des de ciroză hepatică ascitogenă avansată); 42% sînt încadraţi în gradul II de invaliditate şi deci sînt incapabili de activitate în sistem organizat; 56,50% sînt încadraţi în gradul III de invaliditate, fiind deci capabili de activitate cu program redus la jumătate în vechea profesiune sau în alt loc de muncă cu solicitări neuro-psihice şi energetice mai mici.

II.5. ASPECTE ALE MORTALITĂŢII PRIN BOLI DIGESTIVE

Decesele prin boli digestive se situează în general pe locul al patrulea în ordinea frecvenţei (în S.U.A. se situează pe locul III) (9). Ca şi în cazul invalidităţii, ceea ce caracterizează mortalitatea digestivă este apariţia decesului la o vîrstă activă în 58% din cazuri, ceea ce o deosebeşte de decesele din cadrul bolilor cardiovasculare, care se produc în perioada vîrstei active în proporţie de 28,8%. Pe lîngă pierderile directe, decesele în perioada de activitate antrenează o serie de proceduri administrative necesare ajutoarelor sociale sau reglementării unor pensii de urmaşi.

II.6. ASPECTE ECONOMICE

Pierderile economiei naţionale datorate suferinţelor digestive sînt foarte mari şi ele se pot deduce cu uşurinţă. Aceasta se datoreşte faptului că investigaţiile de diagnostic, tratamentul

Scanned with OKEN Scanner

medicamentos, înzestrarea tehnică cu utilaje medicale de profil digestiv este deosebit de costisitoare. Nu-i mai puțin adevărat însă că, odată create, ambulatoriile și staționarele de specialitate și înzestrate în mod corespunzător, vor avea efecte pozitive: reducerea sumelor necesare pentru diagnostic și tratament, creșterea eficienței activității medicale, limitarea duratei de spitalizare și scăderea invalidității.

Afecțiunile digestive necesită cheltuieli mari pe zi de spitalizare și pe durata medie de spitalizare (11). Cheltuielile făcute pentru ocrotirea sănătății publice, oricît de mari ar fi, sînt însă în mod absolut eficiente așa după cum ne arată experiența (3).

Asigurarea asistenței bolnavilor digestivi se poate face cu rezultate pozitive după sistemul preconizat al recuperării complexe al acestora, în spitalele actuale și în secțiile de profil ale centrelor de recuperare prin activitatea în echipă formată din: cadrele ambulatorului de gastroenterologie, unificat cu un staționar de profil, cadrele serviciior de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă, medicii din policlinici, circumscripții și întreprinderi, serviciile de asistență socială de pe lîngă policlinici și, după caz, prin cooptarea unor specialiști în orientarea profesională a deficienților, psihiatrii etc.

Adăugînd la aceasta *înzestrarea cabinetelor din policlinici* cu instrumentarul necesar depistării afecțiunilor digestive, *intensificînd acțiunile profilactice care să plece de la realitățile concrete* și care să cuprindă măsuri biologice, sociale și profesionale, efectele recuperării vor fi și mai evidente.

Cercetarea științifică trebuie orientată în special spre cele două boli cu largă răspîndire: hepatopatiile cronice și ulcerul gastroduodenal. Considerăm că liniile de cercetare etiologică trebuie să folosească în egală măsură, metoda epidemiologică — populațională — și pe cea genetică. Trebuie găsite noi mijloace și formule terapeutice, aplicabile ambulator, în scopul degrevării unui important număr de paturi din spital.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. BERTHEL, E., Med. et. Hyg, (Geneva), 723, 1966, 200.
2. BORUNDEL, D., ISTRATESCU, E., Muncitorul Sanitar, XXIV, 34, 1972, 1158, și Viața medicală 24, 1969, 1091.
3. BRAD, V., Clujul Medical, XLV, 1, 1972, 169.
4. BERLOGEA, O., GEORGESCU, AGLAE, ȘIRJIȚĂ, N., GEORGESCU, T., Fegato, XII, supliment la fasc. 2, 1967, 293.

Scanned with OKEN Scanner

5. CAROLI, T., Muncitorul sanitar, XXIII, 13, 1972, 1137.
6. COMES, L., STAMATIU, C., IVANCIUC, EMILIA, STRÎMBU, I., SÎRBU, M., NICULESCU, NICULINA, MOLDOVAN, I., COLDEA, V., STOICA, VICTORIA, ROȘCA, C., Clujul medical, XLVI, 3, 1972, 613.
7. CONSTANTINESCU, P., PISPIRIS, E., IAMANDI, I., Medicina Internă, 11, 1963, 1361.
8. ERJIMOVA, LUDMILA, ANTONIN, VRANA în volumul *Prima consfătuire internațională de expertiză medicală a capacității de muncă*, București, 1961.
9. FODOR, O., MOLDOVAN, N., IENCICA, R., Viața medicală, 3, 1971, 99.
10. KOLLMOERGEN, G., în volumul *Prima consfătuire internațională de expertiză medicală a capacității de muncă*, București, 1961.
11. LĂPUȘAN, IOAN, SOSIEVICI, ANTOANETA, ȚURCANU, E., Igiena, 3, 151.
12. GEORGESCU, AGLAE, GULAN, ELENA, TOCILESCU, FLORICA, COMISIONER, CLERETE, Viața medicală, XVI, 8, 1969, 557.
13. GEORGESCU, T., Intervenție la masa rotundă cu tema *Prevenirea invalidării și recuperarea în bolile digestive cronice*, Congresul al II-lea de Gastroenterologie, București, 1971.
13a. GHERMAN, I. și colab., Viața Medicală, 7, 1976, 215.
14. IONESCU, LETIȚIA, Intervenție la masa rotundă pe tema *Prevenirea invalidării și recuperarea în bolile digestive cronice*, Congresul al II-lea de Gastroenterologie, București, 1971.
15. MARIN, Fl., FODOR, O., DUMITRAȘCU, D., Al III-lea Congres național de Gastroenterologie Cluj-Napoca, septembrie 1976 (vol. rezumate).
16. MARIN, Fl., ONOJESCU, VIRGINIA, ARMEANU, V., ȘORTAN, V., SOLOMON, N., Clujul Medical, XXXV, 2, 1963, 42.
17. MARIN, Fl., Intervenție la masa rotundă pe tema *Prevenirera invalidării și recuperarea în bolile digestive cronice*, Congresul al II-lea de Gastroenterologie, București, 1971.
18. MILCOVEANU, S., MILCOVEANU DANA, Viața medicală, XIX, 3, 1972, 141.
19. MIRON, C., LĂZĂRESCU, V., GIURGESCU, NINA., Studii și cercetări de Medicină internă, București, XIV, 1, 1972, 47.
20. NICOLAESCU, T., Muncitorul sanitar, XXII, 21, 1971, 1093 și 22, 1971, 1094.
21. PATTERSON, D. G., The medical journal of Australia, 2, 1969, 249.
22. PROST, G., DECHAVANNE, MARTIN, Cl., EVREUX, M., TALOT, F., Nouv Press méd. 45, 1972, 3031.
23. SOLOMON, A., MARIN, Fl., ARMEANU, V., ȘORTAN, V., BOROS, L., Comunic. U.S.S.M. în ședința din 23 mai 1963, secția interne, Cluj-Napoca.
24. TRETIACOV, Al., *Bazele expertizei medicale a capacității de muncă*, Medghiz, Moscova, 1960.
25. * * * * Statistique de morbidité. Douzième rapport du Comité OMS d'experts des Statistiques Sanitaires, Genève, 389, 1968, 1.
26. * * * * Raport privitor la analiza morbidității pe anul 1975 în județul Cluj, Direcția Sanitară Cluj, 1976.
27 * * * * Starea de invaliditate în R.S.R. în anii 1974, 1975 și 1976. Rapoarte I.E.M.R.C.M. București.

Scanned with OKEN Scanner

III
RECUPERAREA BOLNAVILOR CU ULCER GASTRODUODENAL

PREMISE ETIOPATOGENETICE ŞI FIZIOPATOLOGICE

Ulcerul gastroduodenal constituie o entitate nozologică plurietiologică şi pluripatogenetică. În condiţionarea sa intervin atît factori de teren (în cadrul cărora predispoziţia ereditară este mai importantă), cît şi factori ecologici. Patogeneza a fost redusă, prin simplificare, la intervenţia a două mecanisme principale: agresiunea clorhidropeptică şi scăderea rezistenţei parietale. Acestea sînt mediate, la rîndul lor, prin multiple verigi. Din modul de asociere şi din ponderea ce revine fiecărui factor, rezultă o mare variabilitate a „constelaţiei factoriale ulcerogene". După raportul dintre cele două mecanisme patogenetice, se diferenţiază două tipuri de ulcer, cu localizare selectivă: ulcerul duodenal (adevărata „boală ulceroasă", care poate evolua mult timp fără leziunea peptică), în care predomină factorul de agresiune clorhidropeptică, şi ulcerul gastric, în care rolul major pare să revină rezistenţei scăzute a mucoasei. Indiferent de grad, clorhidria rămîne însă constantă, absenţa ei exclude diagnosticul (7, 9).

Inducerea fiecăruia din mecanisme se face atît de factorii de risc genetici, cît şi de cei aparţinînd mediului şi modului particular de viaţă al bolnavului. Transmisia ereditară, probată pentru o mare parte din cazuri, este poligenică (masă crescută de celule parietale secretorii, vegetoză vagală, exces de gastrină, hiperreactivitatea celulelor efectorii, deficit antihistaminic, deficit în factori inhibitori ai secreţiei acide, deficit cantitativ şi calitativ al mucosubstanţelor etc.). Influenţele ecologice negative stimulează secreţia clorhidrică (stressul psihic, suprasolicitarea, fumatul, consumul de alcool, abuzul de condimente şi preparate excitosecretorii) dar acţionează şi prin slăbirea rezistenţei mucoasei (carenţe nutriţionale proteinice şi vitaminice, agresiuni chimice gastrice, dezordini ale circulaţiei intramucoase de origine psihovegetativă şi adrenergică, reflux biliar intragastric prin „incompetenţă" pilorică). Ulcerogeneza rezultă din

Scanned with OKEN Scanner

conjugarea celor două categorii de factori, influențele exogene singure nu au fost demonstrate ca inițiatoare. La bolnavii predispuși, cu secreție clorhidrică permanentă și crescută („stare dissecretorie"), nerespectarea bioritmului alimentar are un rol declanșator. Însumarea acestor multiple influențe exogene, explică creșterea incidenței bolii cu urbanizarea, industrializarea, accelerarea ritmului de activitate, sporirea solicitărilor nervoase. Direcțiile acțiunilor de recuperare vor fi deci multiple, în concordanță cu factorii etiopatogenetici identificați în fiecare situație concretă dată.

DIAGNOSTIC

Simptomele clinice realizează de cele mai multe ori un tablou reprezentativ: sindrom dispeptic hiperstenic, cu ritmicitate alimentară care poate chiar sugera topografia gastrică sau duodenală, periodicitate caracteristică (sezonieră sau condiționată de influențe de mediu social, de consumul unor medicamente ulcerogene), sensibilitate dureroasă în punct fix. Situația este mai impură în ulcerul gastric, unde acuzele pot evoca o gastrită cronică, o suferință pancreatică, iar la bolnavii denutriți sau vîrstnici se ridică problema diagnosticului diferențial cu cancerul. Crizele de penetrație impun analize diferențiale mai multe. Boala poate fi relevată chiar prin simple acuze dispeptice, neînsoțite de dureri, cu deosebire la dissecretori în stadiul prelezional (5, 6). Explorarea funcțională are semnificație inegală pentru cele două localizări de bază. În ulcerul gastric, secreția clorhidrică poate avea diferite valori, uneori crescute, mai ales în ulcerul prepiloric, de cele mai multe ori însă normale și uneori scăzute. Chiar atunci cînd clorhidria lipsește la examenul bazal, stimularea minimală cu histamină o pune totdeauna în evidență. În ulcerul duodenal se găsește constant o secreție continuă de acid clorhidric liber, extinsă la întregul interval interdigestiv, inclusiv pe timpul nopții, mai frecvent, cu valori hiperclorhidrice, alteori normoclorhidrice. În toate cazurile, stimularea maximală cu histamină (Kay) și cu insulină (Holländer) oferă cifre ridicate (7).

Examenul radiologic și endoscopic evidențiază leziunea ulceroasă, cu aspectul său caracteristic, de regulă, sau sechelele sale cicatriceale. În localizarea gastrică, se impune analiza atentă a nișei pentru diferențierea de cancerul ulceriform. Diagnosticul este uneori tranșat doar prin biopsii multiple sau prin testul terapeutic evolutiv. Orice incertitudine obligă la intervenție chirurgicală în primele 2—3 săptămîni. Omisiuni se observă mai ales la nișele de față și intraherniare. Pentru

Scanned with OKEN Scanner

localizarea duodenală, se pot întîmpina dificultăţi doar în ulcerul postbulbar. Deformările simple de contur trebuie diferenţiate de periduodenită.

EVOLUŢIA

Fără ca succesiunea să fie obligatorie, se poate distinge o fază de început, preulceroasă, care evoluează cu simptomele cunoscute de ulcer, dar cu absenţa leziunii ulceroase. Sindromul funcţional de tip duodenal este indispensabil pentru diagnostic. Faza ulceroasă manifestă se caracterizează prin apariţia modificărilor morforadiologice caracteristice. Boala are evoluţie recurenţială, cu durată practic nelimitată. Între perioadele de activitate se intercalează perioade de acalmie care variază de la cîteva săptămîni sau luni pînă la 5—10 ani. Boala intră în fază de acalmie în urma intervenţiilor terapeutice, dar şi spontan. Declararea vindecării poate fi acceptată cu probabilitate numai după o acalmie de cel puţin cinci ani. Recăderea este excepţională dacă simptomele clinice au lipsit timp de 10 ani. Tendinţa la vindecare este mai frecventă în cazurile recente. Dispariţia durerii nu echivalează totdeauna cu stingerea stării de activitate, aceasta poate reapare după suprimarea acţiunilor terapeutice. Nişa se cicatrizează în 2—4 pînă la şase săptămîni. Cu vîrsta există tendinţa la trecere de la ulcer duodenal la ulcer gastric, în raport cu alteraţiile distrofice involutive ale mucoasei gastrice. Vindecarea poate rezulta din deprimarea progresivă a clorhidriei.

Complicaţiile pot surveni în orice moment al evoluţiei, ele marchează uneori începutul manifest al bolii. Mai frecvent se produc hemoragii, urmează penetraţia, apoi perforaţia şi stenoza (duodenală, pilorică).

Prognosticul ridică multiple probleme. În ce priveşte durata de viaţă este bun, dacă se acordă bolii interesul necesar pentru a se preveni complicaţiile grave şi, la nevoie, pentru a se interveni terapeutic în timp util. Este în schimb rezervat în ce priveşte vindecarea. Indicii de evoluţie, puţin influenţabilă de tratament, sînt: încărcarea ereditară accentuată, hiperclorhidria mare, ambianţă stressantă care nu poate fi corectată, program de viaţă şi alimentaţie dezordonat, perpetuarea uzului de toxice. Nu putem aştepta remisiunea definitivă a unei afecţiuni care ţine de un teren ereditar, dacă nu se introduc toate măsurile necesare pentru neutralizarea factorilor patogeni.

Scanned with OKEN Scanner

EXPERTIZA MEDICALĂ A CAPACITĂȚII DE MUNCĂ

Evaluarea capacității de muncă la bolnavii cu ulcer gastric sau duodenal va considera intensitatea sindromului clinic, funcțional și morfologic, apariția unor complicații sau asociații, gradul de denutriție, răspunsul terapeutic și caracterul solicitărilor locului de muncă. Ulcerul simplu, necomplicat, indiferent de localizarea sa, nu pune probleme de expertiză medicală a capacității de muncă. Perioadele de activitate se tratează în condiții de ambulator sau staționar, acordîndu-se concediu medical pe o perioadă de 2—4 săptămîni. Dacă semnele clinice nu cedează, este posibilă o eroare de diagnostic sau ulcerul este complicat. Există și posibilitatea ca ulcerul simplu să evolueze cu perioade de activitate mai frecvente și mai prelungite (de 4—6 săptămîni). Se poate pune problema schimbării locului de muncă sau chiar încadrarea temporară în gradul III de invaliditate, cu reducerea programului de activitate la jumătate, dar numai la persoane care lucrează în condiții deosebite: mineri, muncitori forestieri, furnaliști, oțelari. Asocierea cu alte suferințe ca hipertiroidismul, tulburări de coordonare neuro-vegetative (19), neuroza, tuberculoza, ridică probleme asemănătoare. Persoanele cu denutriție accentuată, cu complicații hemoragice repetate (și anemii secundare mari) care cedează greu la tratament, la care este contraindicată orice activitate profesională, au capacitatea de muncă temporar pierdută și se încadrează în gradul II de invaliditate (16).

RECUPERAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ

Măsuri medicale. Direcțiile de acțiune sînt multiple, dar valoarea lor este neuniformă. Combaterea agresiunii clorhidropeptice și creșterea rezistenței mucoasei reprezintă principalele obiective în ulcerul duodenal.

În prima categorie se cuprind: neutralizarea și adsorbția acidului clorhidric în exces prin antiacide și alimentație fracționată; blocarea excitației vagale prin anticolinergice, suprimarea excitației histaminice prin blocante ale receptorilor H_2; inhibarea secreției clorhidrice prin hormoni digestivi (secretină, GIP, glucagon, urogastronă), acetazolamidă și ADC; reducerea excitațiilor excitosecretorii exogene. În a doua categorie se cuprind: stimularea secreției de mucus prin săruri de bismut, protecția mecanică cu geluri de aluminiu, favorizarea troficității mucoasei prin vitamină C, carbenoxolonă (Biogastrone), aport suficient de proteine. Se adaugă reechi-

Scanned with OKEN Scanner

librarea neurovegetativă şi suplinirea deficitului de metionină.

Referindu-ne la capacitatea de intervenţie a măsurilor medicale de recuperare putem face cîteva distincţii. Recuperarea primară urmăreşte vindecarea leziunii ulceroase acute fără sechele invalidante. Îşi propune deci să stingă puseele de activitate şi să menţină bolnavul în acalmie nelimitată. Recuperarea secundară se adresează suferinţelor cronice sau exacerbărilor recurenţiale. Se urmăresc restabilirea deplină a stării de sănătate şi a capacităţii de muncă. Acest rezultat se obţine fie prin mijloace conservatoare, fie prin mijloace chirurgicale, cum este situaţia în complicaţiile acute (hemoragii, perforaţii). Recuperarea terţiară se adresează unor leziuni ireductibile şi îşi propune doar să diminueze gradul de invaliditate constituit. În acest ultim grup se cuprind leziunile perivisceritice şi sclerozante, stenozele piloro-duodenale, toate rezolvabile prin intervenţie chirurgicală. În periduodenită utilizăm şi potenţialul terapeutic al fizio- şi balneoterapiei.

În faza de activitate se impun cu rigurozitate măsurile generale antiulceroase cunoscute, la toţi bolnavii, fără excepţie. Uneori acestea determină singure ieşirea din faza dureroasă (7, 8, 10 ş.a.).

Alimentaţia reprezintă un factor terapeutic de bază. Nu se mai folosesc diete restrictive sau unilateralizate (2), cum a fost mai demult cura de lapte (Sippy) sau regimul hiperlipidic (lapte, smîntînă, uleiuri vegetale). Trebuie să se respecte următoarele principii: alimentaţia fracţionată, 5—6 mese la zi, asigurîndu-se consumarea acidului clorhidric şi evitarea distensiei antrale stimulatoare pentru eliberarea gastrinei, ultima masă se ia înainte de culcare; raţie calorică suficientă, în raport cu starea de nutriţie; alimentaţie completă, cu aport suficient de vitamine şi proteine, mai multe mese, avînd în vedere puterea tampon importantă pe care o au; excluderea consumului de băuturi alcoolice şi cafea; evitarea produselor cu acţiune secretagogă intensă: condimente, exces de sare, extracte de carne, fructe acide, ape carbogazoase; evitarea alimentelor greu digestibile, cu perioadă prelungită de staţionare intragastrică: afumături, grăsime prăjită; consum repetat de lapte dulce, inclusiv în timpul nopţii, dacă bolnavii sînt treziţi de dureri (ne asigurăm mai întîi de toleranţa lactozei).

Aceste indicaţii sînt respectate cu rigurozitate la început, dar tindem cît mai rapid spre o alimentaţie obişnuită. Durata regimului va depăşi faza dureroasă cu cîteva săptămîni.

Scanned with OKEN Scanner

Repausul psihofizic are aceeaşi mare importanţă. În majoritatea cazurilor este necesar repaus la pat, pentru 1—2 săptămîni. De regulă durerile încetează după 3—4 zile. Dacă sustragerea din mediu apare ca factor terapeutic sau dacă la domiciliu nu există condiţii de aplicare a tratamentului, devine necesară spitalizarea. Aceasta este obligatorie la toţi bolnavii nedisciplinaţi, alcoolici şi fumători. În această perioadă se acordă concediu medical. Se va realiza desprinderea temporară din preocupările profesionale obişnuite. Relaxarea psiho-afectivă este un obiectiv esenţial, realizat prin diversele resurse ale psihoterapiei, prin sedative (bromuri, luminal) şi eventual tranchilizante. După remiterea durerilor, repausul devine relativ, permiţîndu-se plimbări scurte, iar ulterior se poate relua activitatea, eventual la început cu program redus, cu un sfert de normă, apoi cu program complet.

Suprimarea fumatului trebuie impusă cu insistenţă, avînd în vedere reactivările pe care le favorizează şi imprimarea unui caracter renitent puseului dureros.

Combaterea agresiunii clorhidropeptice se realizează prin antiacide şi anticolinergice, utilizate asociat.

Medicaţia antiacidă se poate realiza cu diferite substanţe (Tabel II).

Tabelul 2

Acţiunea medicamentelor antiacide (după C.-J. Estler, 1974 (4))

1 g antiacid	*neutralizează mEq acid clorhidric*
Bicarbonat de sodiu	11,5
Carbonat de calciu	11
Oxid de magneziu	8,5
Trisilicat de magneziu	1
Carbonat de magneziu	0,8
Hidroxid de aluminiu (1 ml suspensie 5,8%)	0,17

Aceste rezultate ale titrării in vitro diferă însă de acţiunea biologică din cauza reacţiilor biochimice induse. Trebuie făcută diferenţierea între antiacidele sistemice (bicarbonatul de sodiu, silicatul de sodiu şi potasiu), al căror cation formează ioni de carbonat cu secreţia pancreatică, devenind uşor absorbabili şi crescînd astfel rezerva alcalină. Administrarea lor prelungită duce la alcaloză. Totodată, prin reacţie cu acidul

Scanned with OKEN Scanner

clorhidric, eliberează CO_2 care stimulează secreţia acidă. Antiacidele nesistemice (săruri de calciu, magneziu şi aluminiu) formează săruri neresorbabile. O excepţie face totuşi calciul care, în doze mari, administrate prelungit, duce la hipercalcemie şi prin aceasta stimulează secreţia acidă. Este motivul pentru care valoarea sa este în prezent disputată. La doze mici de 1 g, repetate la 1—2 ore, se obţine totuşi o tamponare eficientă a acidităţii gastrice. Trebuie avută în vedere şi puterea de neutralizare. Supratitrarea care urcă pH peste 5, este urmată de o hipersecreţie clorhidrică reactivă, prin eliminare compensatorie de gastrină (debitul poate depăşi de 20 ori valorile normale). Alcalinizarea conţinutului gastric duce la accelerarea evacuării stomacului prin intermediul eliberării de enterogastron la nivelul mucoasei duodenale, încît substanţa antiacidă este repede evacuată. În acest grup de substanţe intră carbonatul, bicarbonatul de sodiu şi calciul carbonic.

Altă categorie *(antiacidele — tampon),* o formează bazele slabe, hidroxidul de aluminiu, silicaţii, care nu prezintă riscul de supratitrare. Neajunsul lor este însă eficienţa scăzută de neutralizare. Prin formarea de geluri îndeplinesc în plus un rol adsorbtiv important şi se dispun totodată sub forma unui film protector pe suprafaţa mucoasei. Un alt criteriu care orientează alegerea: sărurile de calciu şi aluminiu sînt constipante, cele de magneziu sînt laxante. În practică se recurge la formule asociate. Momentul electiv de administrare este intervalul interprandial şi cu deosebire faza de hiperclorhidrie postprandială (la o oră după masă). Administrarea se face repetat în cursul zilei. Durata curei este de 3—6 săptămîni.

Printre efectele secundare trebuie menţionate în primul rînd tulburările de scaun, corectabile însă prin modificarea proporţiilor. Abuzul de calciu carbonic poate duce la nefrocalcinoză cu insuficienţă renală cronică. Excepţional se poate ajunge la sindromul „lapte-alcaline“ descris de Burnett, în urma asocierii prelungite de bicarbonat cu dietă unilateralizată de lapte, constînd din confuzie, letargie, alcaloză metabolică. Se observă mai ales sub formă frustă, cu tulburări de coordonare şi ideaţie. Sărurile de aluminiu formează complexe insolubile cu tetraciclina şi pot interfera absorbţia anticolinergicelor, fierului, barbituricelor, cumarinicelor, chininei şi chinidinei. Nu se recomandă de aceea administrarea lor simultană.

Medicaţia anticolinergică se realizează cu derivaţii de beladonă sau, mai bine tolerate din cauza reacţiilor adverse mo-

Scanned with OKEN Scanner

derate, cu preparate de sinteză. Eficiența lor este condiționată de doze active, apreciate prin apariția unor efecte secundare moderate (uscăciunea gurii, tulburări de acomodare, tahicardie). Administrarea se face ritmic, la intervale scurte, timp îndelungat (17). Sînt contraindicate la bolnavii cu glaucom (încetinesc evacuarea umorii apoase și cresc astfel tensiune intraoculară) și la bolnavii cu adenom prostatic (din cauza insuficienței musculare vezicale pe care o produc). Doza optimă reduce secreția acidă bazală cu 50% și secreția stimulată cu histamină și gastrină cu 40%. Nu sînt indicate în ulcerul gastric deoarece prelungesc timpul de evacuare al stomacului și permit activarea mecanismului gastrinic. Se evită și la bolnavii cu reflux esofagian sau hernii hiatale deoarece scad tonusul sfincterului cardial.

Antagoniștii specifici ai receptorilor H_2 (Burimamid, Metiamid) au deschis noi perspective terapiei antiulceroase. Un loc încă insuficient precizat revine acetazolamidei (Ederen-Ulcosilvanil) (doza indicată este de 25—30 mg/Kg corp, în cură cronică, asociat cu săruri de sodiu, potasiu și aport crescut de lichide).

Prin inhibarea anhidrazei carbonice, acetazolamida deprimă secreția clorhidrică a mucoasei (14, 18). Uzul sistematic al acesteia este încă limitat de efectele secundare produse prin deperdiție ionică și deshidratare. Lipsesc în prezent evaluări ale evoluției tardive sub acest tratament.

Creșterea rezistenței mucoasei se realizează în mod obișnuit prin sărurile de bismut, substanțe stimulante ale secreției de mucus. Este rațiunea pentru care acestea sînt incluse sistematic în combinațiile antiulceroase. Efecte foarte bune se obțin cu Carbenoxolon (biogastrone, duogastrone) care cresc mult cantitatea de mucus aderent la suprafața mucoasei sub forma unui strat protector, exercitînd totodată un efect antiinflamator. Acțiunea de stimulare a biosintezei de mucoproteine gastrointestinale a fost verificată prin multiple metode. Se notează însă și efecte secundare prin hiperaldosteronism (edem, hipertensiune). Extrasul de liquiriție deglicinizat (preparatul Caved) s-a impus de asemenea prin efecte mucostimulante, cu o toleranță perfectă. Polizaharidele sulfatate (preparatele Depepsen, Carragenin, Amyolopectin) inhibă acțiunea proteolitică a pepsinei și cresc vîscozitatea mucusului protector.

Pentru ulcerul gastric spălăturile cu glucoză hipertonică (în număr de 8—12) sînt verificate ca metodă terapeutică suplimentară, cu bune rezultate.

Scanned with OKEN Scanner

Terapia hormonală și antigastrinică se găsește în stadiul de verificare. Ridică încă probleme de preparare și economicitate.

Reechilibrarea psihovegetativă se realizează cu bromuri și barbiturice. Psihoterapia are un rol important dacă se exercită nuanțat. Bolnavii hiperexcitabili și anxioși beneficiază de tranchilizante. Un efect cumulativ antiacid și tranchilizant însumează preparatul Ulcomplex. Recent au fost observate bune rezultate cu Sulpirida (Dogmatil), derivat benzamidic, care diminuă durerile și grăbește cicatrizarea ulcerului, fără a modifica clorhidria. Sînt posibile simptome extrapiramidale reversibile după scăderea dozei. Influențează favorabil tulburările de somn și vărsăturile. Efectul său este redus de atropină, încît asocierea trebuie evitată. Metoclopramida (Primperan-Reglan) este indicată în ulcerul gastric cu insuficiență evacuatorie funcțională pentru acțiunea sa activatoare asupra motricității.

Vindecarea se face fără sechele radiologice la cca 1/4 din ulcerele duodenale și la majoritatea ulcerelor gastrice.

Ulcerul refractar la tratament impune o conduită mai energică. Tratamentul se face cu obligativitate în spital și presupune asocierea unui număr mai mare din mijloacele disponibile. Dacă este vorba de ulcer duodenal cu fază dureroasă prelungită, se impune verificarea diagnosticului, dacă nu este cumva vorba de sindromul Zollinger-Ellison sau de hiperparatiroidism. Unele modificări radiologice ale duodenului pot rezulta din leziuni periduodenitice, cu originea în afecțiunile de vecinătate, în primul rînd biliare. Nu trebuie să se treacă cu vederea nici posibilitatea prezenței unei stări dissecretorii, fără a fi vorba de ulcer, la bolnavi cu alte suferințe în etajul abdominal superior.

Ulcerul duodenal neinfluențat de mijloace conservatorii este de regulă calos sau penetrant. Beneficiază în acest caz exclusiv de intervenția chirurgicală. Înainte de a o decide, se impune însă cercetarea unor eventuali factori de întreținere: dacă dozajul și ritmul de administrare al medicamentelor este corect; dacă se respectă repausul la pat și mesele fracționate; dacă a fost suprimat fumatul; dacă bolnavul nu recurge la medicamente cu acțiune ulcerogenă (aspirină, cortizon)?; dacă nu este vorba de stări de tensiune psihică prelungite? Perseverăm cu atît mai mult cu tratamentul conservator, cu cît este vorba de bolnavi tineri.

În programul de tratament poate fi inclus și ADC, care inhibă secreția clorhidrică, stimulează producerea de mucus și

Scanned with OKEN Scanner

favorizează regenerarea tisulară. Corectarea carenței de metionină, factor patogenetic verificat în ulcerul duodenal, poate duce la dispariția durerilor deja din prima săptămînă de tratament (6 tablete la zi, timp de 3—6 săptămîni).

Ulcerul gastric cu dureri persistente sau cu nișe care se menține la examenul radiologic și endoscopic după ameliorarea subiectivă, impune excluderea cu certitudine a unui cancer. Dacă în 2—3 săptămîni de tratament antiulceros complex, efectuat sub control medical în spital, durerile nu au cedat, greutatea nu se reface, iar nișa nu tinde să diminue, așteptarea nu mai poate fi prelungită (16). Se recomandă intervenția chirurgicală cu examen histopatologic extemporaneu pentru a se decide tactica operatorie (de tip benign sau oncologic).

După normalizarea imaginii radiologice, tratamentul continuă 2—3 săptămîni. În ulcerul gastric este necesar să ne asigurăm de cicatrizarea nișei. Această obligație de a verifica vindecarea anatomică ne ferește de confuzia cu cancerul (11, 12).

În faza de acalmie sînt necesare respectarea unor norme igienice și evitarea factorilor agresivi exogeni. Modul de viață al bolnavului ulceros impune respectarea unor norme esențiale. Trebuie asigurat astfel, raportul rațional efort-odihnă, evitînd suprasolicitările de durată. Se respectă cu deosebire odihna de noapte. Va fi îndrumat să-și creeze un climat armonios, cît mai scutit de adversități. Este foarte utilă repartizarea concediului de odihnă în două etape. În cazul unei activități intens solicitante, căutăm să completăm, în mod profilactic, durata acestuia cu un concediu medical de 10—15 zile.

Au fost încercate variate mijloace de prevenire a recăderilor ulceroase, dar cu rezultate nesatisfăcătoare. Dezideratul este greu de realizat din cauza numărului mare de factori patogenetici care pot interveni și a neregularității evoluției bolii. Încercările mai vechi au arătat că respectarea nelimitată a unui „regim de ulcer" sau administrarea neîntreruptă de anticolinergice și pansamente sînt inutile. Excesul medicamentos poate avea chiar efecte negative. O cale de a reduce frecvența recurențelor constă din respectarea unor cure antiulceroase, profilactice, limitate la 3—4 săptămîni, în număr de 2—3 pe an. Pentru programarea lor ne orientăm după periodicitatea înregistrată anterior de bolnav. Poate fi vorba de lunile de toamnă și primăvară sau de alte momente, deseori în legătură cu suprasolicitări profesionale sau extraprofesionale. Un alt principiu este de a interveni terapeutic, prompt și eficient

Scanned with OKEN Scanner

de la primele semne de reactivitate a bolii, prevenind astfel dezvoltarea puseului dureros și a complicațiilor.

În cazul unor boli asociate se vor evita medicamentele ulcerogene. La reumatici, aspirina, salicilații, fenilbutazona, indocidul și cortizonul. La hipertensivi, preparatele pe bază de rezerpină. Terapia anticoagulantă se va permite doar după verificarea radiologică a lipsei leziunii ulceroase. Dacă este vorba de boli majore care impun cortizonoterapie (hepatită progresivă, colagenoză ș.a.) se recurge la doze mici, în cure scurte, de una-trei săptămîni, și sub protecția medicamentoasă antiulceroasă. Se face control radiologic în prealabil. Terapia se suspendă la primele simptome dispeptice care apar.

Intervenția chirurgicală se adresează complicațiilor ulcerului și nu însăși bolii ulceroase. Situațiile evidente cînd se ridică această problemă sînt următoarele: stenoza, perforația și hemoragia masivă, care nu poate fi controlată prin mijloace conservatoare. O conduită diferențiată avem față de hemoragiile mici: dacă se repetă, intervenția devine necesară. Temporizăm la tineri și grăbim indicația la vîrstnici, cu leziuni vasculare. Chirurgia se impune de asemenea în orice ulcer gastric de natură incertă, la care cancerul ulceriform nu poate fi exclus în două-trei săptămîni. Indicații relative sînt ulcerele cu fază dureroasă prelungită, așa-zise „refractare". Substratul acestora constă, de cele mai multe ori, în leziuni parietale și periviscerale ireversibile, urmare a unor leziuni penetrante cu reacție inflamatorie și fibroasă în țesuturile și organele din jur, mai frecvent în pancreas. Mai întîi se cere însă aplicarea unui tratament corect, adică excluderea falselor ireductibilități (13).

Nu se operează bolnavii tineri, cu istoric scurt de acuze dispeptice, bolnavii cu neuroză, cei la care suferința ține în mai mare măsură de alte boli asociate, cei care nu au cooperat în suficientă măsură în realizarea programului terapeutic sau care rămîn supuși influențelor agresive din mediu. Se evită de asemenea intervenția în prezența unui teren tarat, prin vîrstă sau boli concomitente cardio-respiratorii, hepatice și renale. Nu putem accepta „indicația socială", așa cum s-a făcut mai de mult, în cazul bolnavilor care nu s-au adaptat normelor igieno-dietetice prescrise.

Dintre tipurile existente de intervenție chirurgicală, competiția se desfășoară în prezent între vagotomia combinată cu antrectomie și rezecția gastrică parțială cu anastomoză gastroduodenală. Rezecția tip Billroth II cu anastomoză gastrojejunală este acceptată doar de necesitate, ca intervenție impusă

Scanned with OKEN Scanner

de condiţiile locale. Gastroenteroanastomoza simplă a rămas de mult doar ca gest chirurgical paliativ pentru situaţii de excepţie, unde nu se poate practica rezecţia din cauza stării bolnavului. Faţă de vagotomia tronculară s-a produs un recul, ca urmare a efectelor secundare precoce şi tardive, iar faţă de cea selectivă, mai cu seamă din cauza ineficienţei ei. Pe măsură ce tehnica s-a perfecţionat prin cunoaşterea mai exactă a distribuţiei ramurilor vagale şi prin găsirea unor tehnici de verificare intraoperatorie a completitudinii operaţiei, opţiunile se îndreaptă tot mai mult spre vagotomia selectivă şi supraselectivă. Procedurile de drenaj (piloroplastie) au fost asociate pentru prevenirea insuficienţei evacuatorii gastrice. Antrectomia are justificare în suprimarea zonei gastrinosecretorii. Teoretic sînt vizate următoarele obiective: suprimarea leziunii (cu deosebire dacă sînt discuţii asupra substratului anatomic), reducerea clorhidriei şi crearea unui tip eusecretor gastric (cu pauze interdigestive) şi asigurarea evacuării gastrice. Aclorhidria nu mai apare astăzi ca un deziderat necesar, cu întregul cortegiu de consecinţe care constituie boala stomacului operat.

BALNEOTERAPIA

În ulcerul gastric sau duodenal, recomandarea unei staţiuni se face numai la cel puţin trei luni de la stingerea procesului acut şi în afara oricărei complicaţii. Ulcerele vechi, caloase sau cele cu stenoză pilorică nu beneficiază de cură balneară. Cura hidrominerală cu ape se poate face la început cu apa adusă de la izvorul din Valea Ciungetului, o apă alcalină, asemănătoare cu cele din Vichy, Essentuki, Borjomi şi Feodosia, folosită pentru acţiunea neutralizantă a bicarbonatului, ea produce, în acelaşi timp, inhibiţia secreţiei gastrice, iar după absorbţia valenţelor alcaline contribuie la combaterea reacţiei acide tisulare. Tehnica administrării este consumarea cu 90 minute înainte de masă, încălzită, pentru a elimina bioxidul de carbon şi pentru obţinerea unui efect analgezic şi spasmolitic. Rezultatele bune, verificate în timp, s-au obţinut prin tratamentul hidromineral la Slănic Moldova şi Sîngeorz (3).

MĂSURI SOCIOPROFESIONALE DE RECUPERARE

Orientarea profesională a tinerilor cu ulcer duodenal ridică probleme particulare, mai ales dacă aceştia provin din familii de ulceroşi. Sînt contraindicate profesiunile care solicită eforturi fizice mari şi compresiunea musculaturii abdominale(mineri, oţelari, furnalişti, fierari, forestieri, parchetari, asfaltatori), ac-

Scanned with OKEN Scanner

tivităţile care determină zguduiri ale corpului, cele care necesită mînuirea de aparate pneumatice sau perforatoare, care traumatizează regiunea epigastrică (cizmari manuali), activităţile care nu permit respectarea orarului de masă şi a regimului dietetic (mecanici de locomotive, conducători de tren, comis-voiajori etc.), activităţile care cer o încordare nervoasă permanentă, care se desfăşoară lîngă cuptoare sau care ocazionează inhalarea de gaze, pulberi şi substanţe toxice. De asemenea se caută să se evite profesiunile care presupun activităţi în tură de noapte. Dispensarizarea activă a bolnavilor cu ulcer gastric sau duodenal cronic este sarcina medicului de întreprindere şi a centrului de gastroenterologie teritorial.

Modul de viaţă şi alimentaţia. Viaţa socială activă nu este în esenţă prejudiciată de existenţa unei boli ulceroase (1). Important este să se respecte sistematic deprinderea meselor regulate şi mai frecvente, cu deosebire în perioadele cu risc crescut de recidivă dureroasă. Bolnavii trebuie educaţi asupra conduitei generale de viaţă, asupra evitării suprasolicitărilor de durată şi a stărilor stressante.

Este absolut necesar să fixăm bolnavului deprinderea alimentaţiei fracţionate, cu cinci mese la zi, şi a respectării unui program regulat de masă. Fumatul şi excesul de cafea sau băuturile alcoolice vor fi evitate.

Bolnavul trebuie să fie informat asupra riscului oferit de utilizarea medicamentelor care pot reactiva boala sau declanşa hemoragii. Alimentaţia nu se diferenţiază de cea obişnuită, excluzîndu-se doar produsele cu acţiune iritantă. Pregătirea alimentelor nu ridică dificultăţi, dieta poate fi asigurată în cantine sau în familie. În viitor, consultaţiile genetice vor introduce semnalarea faptului că din căsătorii între bolnavi cu ulcer, proporţia descendenţilor ce vor face ulcer este mai mare.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. BLUMENTHAL, I. S., Gastroenterology, 54, 1, 1968, 86.
2. BURKITT, D., Spectrum, 19, 1, 1976, 11.
3. CRĂCIUN, C., MARIN, Fl., PUŞCĂ, P., Clujul Med. XLV, 2, 1972, 593.
4. ESTLER, G., Med. Welt, 12, 1974, 487.
5. FODOR, O., Şt. Cerc.-Med. Int., 3, 1968, 231.
6. FODOR, O., MARIN, Fl., Şt. Cerc. Med. (Cluj), 1—4, 1956, 181.
7. FODOR, O., POPESCU, Şt., URCAN, S., *Boala ulceroasă — fiziopatologie şi clinică*, Ed. Acad. R.S.R., Bucureşti, 1968.

Scanned with OKEN Scanner

8. GAIL, K., Dtsch. med. Wschr., 41, 1973, 1918.
9. GHEORGHESCU, B., Med. Int., 10, 1973, 1157.
10. GÜLZOW, M., ARENDT, R., Tägl. Prax., 9, 1968, 201.
11. HARDWICK, C., Practitioner, 198, 1967, 345.
12. LEVRAT, M., DESCOS, L., PASQUIER, J., LAMBERT, R., Arch. Fr. Mal. App. Dig., 57, 2, 1968, 141.
13. NICOLAESCU, T., ALEXIU, O., Med. Int., 3, 1975, 175.
14. PUȘCAȘ, I., Med. Int., 10, 1973, 1243. și 6, 1975, 441.
15. RUNCAN, V., BERLOGEA, O., OPROIU, Al., GEORGESCU, AGLAE, și colab., *Criterii de evaluare și recuperare a capacității de muncă în afecțiunile digestive cronice invalidante*, I.E.M.R.C.M. București, 1975.
16. SPÎRCHEZ, T., Med. Int., 9, 1968, 1027.
17. TIRLESCU, N., Teză de doctorat, Cluj-Napoca, 1975.
18. URSEA, N., PĂUN, R., și colab., Med. Int ., 6, 1975, 435.
19. VOICULESCU, A., BISTREANU, I., TALIANU, D., TRESTIOREANU, O., CHIFIRIUC, SANDA., IV Journades-Francesas de Gastroenterelogia,, Bilbao, 1967.

Scanned with OKEN Scanner

IV
RECUPERAREA BOLNAVILOR CU STOMAC OPERAT

Invaliditatea prin intervenţii chirurgicale pe stomac reprezintă 26,20% din ansamblul invalidităţii prin boli digestive. Dacă adăugăm în calcul şi pe cea condiţionată de ulcerul gastro-duodenal — boală care stă în majoritatea cazurilor la originea indicaţiei operatorii — proporţia se ridică la aproape 40% (24). Este deci vorba de un domeniu principal al activităţii de recuperare, care cuprinde măsuri de recuperare extrem de diverse şi cu eficienţă neuniformă. Dacă noţiunea de „stomac operat" permite o încadrare sintetică a tuturor suferinţelor induse prin actul operator, diagnosticul şi planul de recuperare impun cunoaşterea individualizată, concretă, a substratului morfofuncţional, aşa cum se găseşte la fiecare bolnav în parte. Vom avea totdeauna în vedere tipul de intervenţie chirurgicală şi deficienţa dezvoltată. Incidenţa acuzelor postoperatorii variază cu situaţia care a condus la actul operator, cu tehnica folosită (atît intervenţia în sine, cît şi corectitudinea ei), îngrijirea acordată în perioada labilă de adaptare (3) şi condiţiile socio-profesionale ale persoanei operate (24).

MĂSURI MEDICALE DE RECUPERARE

Consecinţele funcţionale ale intervenţiilor pe stomac — sau pe sistemul colinergic aferent — sînt foarte variate, de semnificaţie inegală. O parte din modificări exprimă reacţia adaptativă a tubului digestiv la noua condiţie, altele reprezintă tulburări propriu-zise. Toate se adaugă particularităţilor anatomice şi funcţionale nou create, reductibile doar parţial prin reintervenţii. Ţinem seama în plus de complicaţiile care se pot dezvolta pe această bază iatrogenă. Obiectivele recuperării trebuie de aceea selectate cu grijă din acest complex. Se solicită o strategie dinamică, orientată de priorităţi şi de riscuri majore, adaptată momentului evolutiv.

Scanned with OKEN Scanner

Reacţia adaptativă postgastrectomică. Actul operator, prin condiţiile artificiale create, impune o serie de reacţii de compensare şi adaptare la care participă întregul aparat digestiv (13), (26).

După gastrectomie, stomacul tinde să-şi restabilească progresiv continenţa şi evacuarea ritmică prin realizarea „neofuncţiei pilorice" a gurii de anastomoză.

În rezecţia tip Billroth II, jejunul eferent preia în parte funcţia de rezervor, dilatîndu-se şi cîştigînd o bună activitate tonică, a cărei ritmicitate poate fi observată prin controlul radiologic. S-a semnalat chiar dezvoltarea unei funcţii „sfincteriene" a segmentului distal al acestei anse.

După rezecţia tip Billroth I, porţiunea descendentă a duodenului suferă transformări analoage. Acestea au fost asimilate pentru o parte din cazuri, cu un „neobulb" (12, 13).

Compensările enterale motorii se traduc prin întîrzierea evacuării şi prin încetinirea tranzitului pe segmentele distale („compensări intra- şi intersegmentare") (26). În paralel relieful mucos ia aspectul caracteristic „de retenţie", iar ileonul prezintă transformarea de „jejunizare", elemente care măresc volumul camerelor de digestie şi suprafaţă absorbtivă. Intestinul subţire reacţionează şi prin intensificarea secreţiei unor enzime. Fenomenul a fost verificat de noi pentru enterokinază (13). Interocepţia jejunală se atenuează progresiv, astfel că manifestările postprandiale dispar în mod obişnuit. Hiperplazia celulelor caliciforme, observată la o parte din bolnavi, are semnificaţia de substrat morfologic al hipersecreţiei de mucus. Rolul protector al acesteia faţă de agresiunile mecanice, termice şi chimice, este binecunoscut.

Desfăşurarea reacţiei adaptative are o dinamică confirmată, care se extinde pe o perioadă de 6—12 luni. După această perioadă, şansele de ameliorare spontană devin minime. Pentru realizarea procesului de adaptare argumentează ameliorarea testelor digestive şi absorbtive, paralel cu vechimea intervenţiei (26).

În această perioadă pot apare simptome cunoscute sub denumirea de *„Sindromul stomacului mic"*. Este mai frecvent după gastrectomiile extinse şi se datoreşte distensiei bontului gastric. Se manifestă prin senzaţie de plenitudine gastrică cu balonări, eructaţii, greţuri şi uneori vărsături care apar în cursul mesei.

Acuzele dispar în cîteva luni, favorizat de igiena alimentară (mese fracţionate), reflectînd adaptarea stomacului restant (3).

Scanned with OKEN Scanner

Ierarhizarea acţiunilor de recuperare. Recuperarea primară ar consta din ansamblul măsurilor adresate în mod direct efectelor intervenţiei, a celor care depăşesc scopul terapeutic şi devin astfel patogene: încetinirea evacuării gastrice şi a transportului enterocolic, suplinirea aclorhidriei şi a deficitului enzimosecretor pancreatic, echilibrarea psihovegetativă etc. Sînt mijloace care contribuie la buna toleranţă a intervenţiei efectuate. *Recuperarea secundară* are în vedere sindroamele constituite, prin reacţii disadaptative sau prin complicaţii, şi urmăreşte restabilirea stării de echilibru digestiv şi nutriţional: combaterea hiperexcitabilităţii osmolare jejunale sau insulinosecretorii, corectarea carenţelor alimentare, restabilirea eubiozei intestinale, stingerea unui proces inflamator al mucoasei, realizarea aclorhidriei în ulcerul jejuno-peptic etc. *Recuperarea terţiară* atenuează doar suferinţele care s-au dezvoltat, limitează amploarea sindromului de stomac operat în variantele sale cele mai severe. Se apelează la cele mai felurite mijloace, după necesităţi, şi nu în ultima ordine, chiar la reintervenţii destinate să corecteze unele erori chirurgicale sau să transforme un tip de intervenţie care s-a dovedit rău tolerat, într-un alt tip, reintroducerea în circuit a duodenului la rezecaţii cu anastomoză gastrojejunală sau înlocuirea unei gastroenteroanastomoze, cu rezecţia. În aceeaşi ordine, se procedează la rezolvarea herniilor, fistulelor, stenozelor prin periviscerite etc.

IV.1. REZECŢIA GASTRICĂ

Ridică cele mai numeroase probleme medicinii de recuperare, prin frecvenţa ridicată a suferinţelor şi prin complexitatea lor pentru rezecţia Billroth II. Se apreciază la 15—20% proporţia bolnavilor care solicită asistenţă pentru manifestări postoperatorii. Greutatea rămîne sub normal la 41,8%, sindromul jejunal este prezent, în diferite grade, la 33%. Manifestările severe se întîlnesc la cca 3—5% dintre bolnavi. Manifestările postoperatorii precoce aparţin actului chirurgical şi perioadei de vindecare. Ele traduc fie erori grosolane de tehnică, şi impun atunci noi intervenţii, fie accidente legate de troficitatea ţesuturilor şi rezistenţa suturilor, cînd pot im-

Scanned with OKEN Scanner

pune aceeași atitudine, fie reacții tonomotorii și inflamatorii, care se sting spontan în primele săptămîni. Efortul de recuperare începe de aici încolo și se extinde pe toată durata vieții persoanei operate.

IV.1.A. SINDROMUL JEJUNAL

Definiție, diagnostic. Este un complex de simptome declanșat de ingestia de alimente și mai ales de mese abundente, lichide, bogate în dulciuri. Survine la 10—30 minute („sindrom postprandial precoce") și se remite spontan după 30—90 minute. Clinic se manifestă prin:

fenomene generale: astenie, paloare, tremurături, transpirații;

fenomene cerebrale: ameteli, cefalee, tulburări de vedere, senzație de „cap gol" (cu exacerbare ortostatică);

fenomene cardiocirculatorii: palpitații, tahicardie, hipotensiune arterială în circulația sistemică și cerebro-retiniană (11);

fenomene digestive: borborisme, senzație de agitație abdominală și chiar dureri, balonări, grețuri și mai rar vărsături sau scaune diareice imperioase.

Incidența este de 50% în rezecția gastrică tip Billroth II. Cu o frecvență evident mai redusă apare în rezecția de tip Pean-Billroth I și în gastroenteroanastomoză.

Suferința se manifestă în perioada postoperatorie timpurie, amplificîndu-se odată cu îmbogățirea alimentației și se atenuează în general după 6—18 luni de la intervenție.

Premise etiopatogenetice și fiziopatologice. Sindromul jejunal postprandial aparține prin excelență intervențiilor care realizează o comunicare gastrojejunală (1 ș.a.) cu sau fără rezecție. Survine mai rar în rezecția cu anastomoză gastroduodenală. Este cunoscut însă și la bolnavi fără intervenții pe stomac, ulcerosii duodenali și, în primul rînd, cei cu neuroză vegetativă. S-a pus inițial pe seama evacuării rapide a stomacului, cu inundarea brutală a intestinului de către masa de alimente. De aici și denumirea de „dumping syndrome" (Mix, 1922). Acest mecanism s-a dovedit însă neobligatoriu, ci numai favorizant. În esență, este vorba de o agresiune osmolară realizată de soluții hipertonice asupra mucoasei jejunale hiperexcitabile. Instilarea de glucoză concentrată în intestin îl reproduce chiar la o parte din persoanele sănătoase. Adminis-

Scanned with OKEN Scanner

trarea prealabilă de novocaină pe cale orală previne manifestările. Anticolinergicele diminuă incidența sindromului (29), ceea ce relevă un mecanism reflectoric endoceptiv. Denumirea de „sindrom jejunal postprandial" (Fodor, 1955) sau de „sindrom jejunal hiperosmolar" (Lieber, 1961) este justificată prin aceste constatări. În mecanismul intim al simptomelor intervin și factori biochimici, ca serotonina și bradikinina, care explică o parte din manifestările vasculare și intestinale. Consecutiv excitării receptorilor din mucoasa jejunală au loc tulburări generalizate: hipotensiune arterială sistemică și în circulație cerebrală (11); *hipovolemie*, cu hemoconcentrație, capilarodilatație și transsudare tisulară (30); *suferința miocardică*, de natură hipoxică, este dovedită de durerile precardiace de tip anginos și modificări ECG, care pot evolua pînă la apariția de alterații ischemice (30): *hipermotilitatea enterală*, evidențiabilă la examenul radiologic în faza inițială a manifestărilor, este înlocuită apoi de stază.

MĂSURI MEDICALE DE RECUPERARE

Suprimarea agresiunii osmolare poate fi o măsură suficientă: se evită dulciurile concentrate, laptele, agenții declanșatori principali. Reducerea excitabilității enterale, prin ingestie preprandială de novocaină (cu 5—15 minute înainte), contribuie la atenuarea simptomelor induse de alimentația obișnuită, dietetică. Evacuarea gastrică poate fi încetinită prin administrare de acid clorhidric (agent farmacodinamic verificat pentru efectul său la aclorhidrici) și mai ales printr-o poziție culcată în timpul mesei („clinodigestie"). În același sens acționează inversarea felurilor de mîncare, cu cel mai consistent la începutul mesei. Excesul de serotonină poate fi neutralizat prin antiserotoninice (Méthysergide), care oferă rezultate încurajatoare (2). Întrucît sindromul ia o alură mai severă la hipotensivi, este indicată o terapie de fond adresată acestei dereglări (gimnastică, dușuri alternative, ADC, stricnină, eventual injecții intravenoase de apă distilată).

Formele severe și refractare la toate aceste măsuri determină pierderea temporară a capacității de muncă, bolnavii sînt în imposibilitate de a se alimenta în cursul activității și timp de mai multe ore pe zi sînt siliți să rămînă la pat. În asemenea situații se indică intervenția de reintroducere a duodenului în circuitul alimentar și deci de suprimare a comunicării directe gastroenterale.

Profilaxia sindromului jejunal se realizează prin depistarea preoperatorie a predispoziției față de sindromul jejunal, în

Scanned with OKEN Scanner

scopul alegerii tipului de intervenţie cu cel mai redus risc de a genera acest sindrom; prin proba de glucoză hipertonică (23) sau injecţii s.c. de 0,5 mg de apomorfină.

IV.1. SINDROMUL CARENŢIAL

Este cea mai frecventă consecinţă negativă a intervenţiilor pe stomac, prezentă sub diverse forme — carenţe globale sau selective, de grad moderat sau sever — la 80 % din totalul celor operaţi (10), dacă nu se respectă normele igieno-alimentare şi medicaţia impuse de particularităţile morfo-funcţionale pe care le prezintă.

Deficitul ponderal. După o perioadă scurtă de relativă refacere postoperatorie, bolnavii slăbesc progresiv din greutate şi forţe fizice în următorii 1—3 ani. Ulterior greutatea se restabileşte cu mici oscilaţii (4, 10). Deficitul ponderal este în general de 6—7 kg, dar la 18% dintre bolnavi depăşeşte 10 kg. Rareori se realizează chiar distrofii severe cu hipoproteinemie şi edeme (4).

Polihipovitaminoza interesează mai ales grupul B (B_1, B_6, B_{12}) realizînd tabloul clinic al pelagrei secundare şi aribroflabinozei (cheilozis, glosită, stomatită, anemie). Carenţa de vitamină A se manifestă prin tegumente atrofice, descuamate, eventual cu erupţii şi pigmentaţii.

Tulburările de scaun sînt aproape regulă, rezultînd din insuficienţa de digestie şi de absorbţie, mai rar avînd chiar caracter steatoreic (prin tulburări de absorbţie a unei părţi din grăsimile ingerate). Mai des se prezintă ca o enteropatie cronică.

Anemia este prezentă în diferite grade la aproape toate persoanele, avînd mai adesea caracter hipocrom (prin deficit de fier, vitamina B_2, B_6 şi proteine) mai rar macrocitar sau megaloblastic prin deficit de acid folic sau vitamină B_{12}.

Hipoproteinemia cu hipoalbuminemie apare la 54% din gastrectomizaţi şi este urmarea unor tulburări în sinteza albuminelor la nivelul ficatului, la care se adaugă o eventuală pierdere proteinică endointestinală.

Tulburările în economia hidroelectrolitică constau din hipocalcemie, hiposideremie, iar în cazurile cu diaree, hipokaliemie.

Tulburări generale metabolice. S-a demonstrat hipercatabolismul metioninei, susceptibil de a antrena vicii ale între-

Scanned with OKEN Scanner

gului metabolism proteinic. De asemenea sinteza defectuoasă de albumină la nivelul ficatului.

Degradările hormonale se traduc mai obișnuit prin diminuarea activității axului hipofizo-suprarenal și prin fenomenul de panhipopituitarism. S-a semnalat de asemenea creșterea hormonului antidiuretic în circulație, mai probabil prin lipsa catabolizării la nivelul ficatului. Aceasta ar explica hidrofilia tisulară manifestă, uneori în discordanță cu nivelul normal al proteinemiei.

Osteopatia gastrectomizaților (agastrică) însumează osteomalacia și osteoporoza. Este urmarea intervenției mai multor verigi patogenetice: carența de calciu, carența de proteine, carența de vitamina D care tulbură osteogeneza, ducînd la osteomalacie și hiperparatiroidism (generator de osteoliză patologică). Survine mai des la femei (de la 4 luni pînă la 20 ani) postoperator.

Patogeneza denutriției este foarte complexă, oferind numeroase direcții de acțiune terapeutică.

Din partea stomacului intervin tulburări atît în funcția secretorie, cît și în cea de rezervor (13, 14, 15).

Aclorhidria care favorizează popularea bacteriană a intestinului subțire și abolește mecanismul acid de excito-secreție a secretinei și a colecistochininei la nivelul duodenului (în cazul intervenției care exclude duodenul din circuit).

Evacuarea precipitată a stomacului (mai exprimată în intervențiile cu anastomoză gastro-jejunală), cu invadarea rapidă a intestinului subțire de o masă mare de elemente nepregătite la nivelul stomacului.

Din partea intestinului subțire. Scurtcircuitarea duodenului cu excluderea cadrului duodenal are drept consecință: pierderea posibilității de stimulare a secreților bilio-pancreatice; asincronismul evacuării în intestin a conținutului alimentar din stomac și al descărcării bilei și sucului pancreatic, ceea ce duce la scăderea ritmului de activitate enzimatică, care trebuie să fie optim în timpul digestiei, așa încît utilizarea enzimelor devine defectuoasă, sustragerea de la activitatea absorbtivă a ariei duodenale, sediul electiv al absorbției fierului.

Deficiența hepato-biliară. PHB arată posibila cointeresare a ficatului, ce poate fi datorată unei stări carențiale din cadrul stomacului operat, urmare a unei hepatite acute, de natură etilică sau acești factori se combină.

Afectarea pancreasului exocrin a fost observată încă de la primele descrieri ale tulburărilor digestive la gastrectomizați. Alterații mai profunde, atrofii ale acinilor glandulari apar

Scanned with OKEN Scanner

mai rar, doar în distrofii severe. Se manifestă cu o frecvență ce variază de la 1% pînă la 12,57%, cu prognostic bun în formele edematoase și rezervat, în formele necrotice.

Enteropatia stomacului operat. Endoscopia evidențiază în 42% din cazuri modificări ale mucoasei jejunale, printre care cea mai frecventă este inflamația (13). Tranzitul enteral accelerat apare pe lungimi variabile. La bolnavii cu denutriție interesează jejun-ileonul, iar în prezența diareei se extinde și la colon. S-a mai evidențiat deficit enzimatic, cel mai important fiind cel de lactază (9), și fenomenul de populare bacteriană a intestinului subțire superior. Flora bacteriană patologică exercită acțiuni patologice multiple: hipersecreție de mucus, hiperperistaltism, inflamație, inactivare și degradarea unor enzime, „consum competitiv" asupra acidului folic, vitaminei B_{12} și a altor principii alimentare. De asemenea s-a evidențiat și o pierdere endointestinală de proteine, prin care enteropatia contribuie la apariția sindromului de denutriție.

Corectarea denutriției impune: asigurarea unui regim complet cu toți principii alimentari, inclusiv calciu și fier, cu atenție la rația de proteine; tratament substitutiv cu acid clorhidric și extracte pancreatice; combaterea florei bacteriene patologice prin antibiotice; încetinirea tranzitului intestinal prin anticolinergice; corectarea parenterală a dezechilibrului biologic (anemia, carențele vitaminice, hipoproteinemia). Osteopatia impune un program complex de măsuri: calciu, fosfor, vitamine (D, C) proteine; tot la fel anemia, după origine: fier, vitamine (B_2, B_6, B_{12}, C).

În cazurile severe, rebele la tratament susținut, se recomandă intervenția de reintroducere a duodenului în circuit (12).

Profilaxia denutriției trebuie să aibă în vedere: alegerea momentului oportun pentru intervenție, cu evitarea perioadelor de activitate a ulcerului și pregătirea preoperatorie (reechilibrarea biologică și psihologică corespunzătoare) (14, 15); menținerea în limita posibilităților tehnice a circuitului stomac-duoden; renunțarea la vagotomia totală abdominală, în favoarea vagotomiei selective gastrice (16, 19); respectarea strictă a regulilor de igienă alimentară în perioada labilă de adaptare, cu evitarea regimurilor restrictive; asigurarea rației nutritive adecvate; stimularea preprandială a secreției biliopancreatice prin ingerarea unui „aperitiv dietetic" (suc de lămîie sau portocală, o felie de pîine cu unt etc) cu 15—30 minute înaintea meselor principale; corectarea deficitului clorhidric și enzimopancreatic; combaterea sîngerărilor cronice care preci-

Scanned with OKEN Scanner

pită apariţia anemiei şi hipoproteinemiei; atenţie deosebită la sexul feminin, care este mai expus la stări carenţiale (20), îndeosebi în ceea ce priveşte fierul; dispensarizarea activă a persoanelor cu stomac operat.

IV.1.C. SINDROMUL DE ANSĂ AFERENTĂ

Definiţie, diagnostic. Se manifestă prin senzaţie de tensiune în epigastru şi hipocondrul drept, care se amplifică progresiv, devenind de regulă dureroasă şi însoţindu-se de greţuri puternice. Simptomele apar în mod caracteristic postprandial şi cedează prompt după eliminarea de vărsături abundente, bilioase. Se confundă cu suferinţele biliare. Examenul radiologic poate oferi două elemente importante de diagnostic: fie nevizualizarea ansei aferente, ca indiciu de probabilitate a unei obstrucţii la nivelul comunicării ei cu stomacul, fie staza prelungită la acest nivel, persistenţa bariului într-o ansă dilatată, uneori de lungime excesivă sau torsionată.

Premise etiopatogenetice şi fiziopatologice ale recuperării. Sindromul este condiţionat de tipurile de rezecţie cu anastomoză gastrojejunală, care realizează o ansă duodenojejunală prestomală. Incidenţa ajunge pînă la 25% în rezecţia Billroth II (29). Chiar respectîndu-se condiţiile corecte de tehnică, privind sediul stomei (versant, înălţime), lungimea acestei anse, dispoziţia ei fără rotări în ax, absenţa unei compresiuni din afară, în perioada postoperatorie precoce, sindromul poate fi observat sub formă frustă, reversibilă spontan. Dispare progresiv, pe măsură ce motilitatea acestui segment se adaptează şi evacuarea conţinutului bilio-duodeno-pancreatic, ca şi a alimentelor care trec în versantul aferent al jejunului anastomozat, se face eficient. Sindromul cronic, în forma care determină reducerea capacităţii de muncă, din cauza dificultăţii de alimentaţie şi a acuzelor declanşate prin aceasta, aparţine însă în principal erorilor tehnice: gură de anastomoză înaltă, ansă aferentă lungă sau torsionată. Altă dată survine secundar unor complicaţii: bride, hernii interne, stenoză secundară unui ulcer peptic prestomal.

MĂSURI DE RECUPERARE

În formele precoce, ca şi în cele persistente dar moderate ca manifestări, se folosesc mijloace care să prevină refluxul alimentelor în ansa aferentă, să faciliteze „drenarea" ei şi să

Scanned with OKEN Scanner

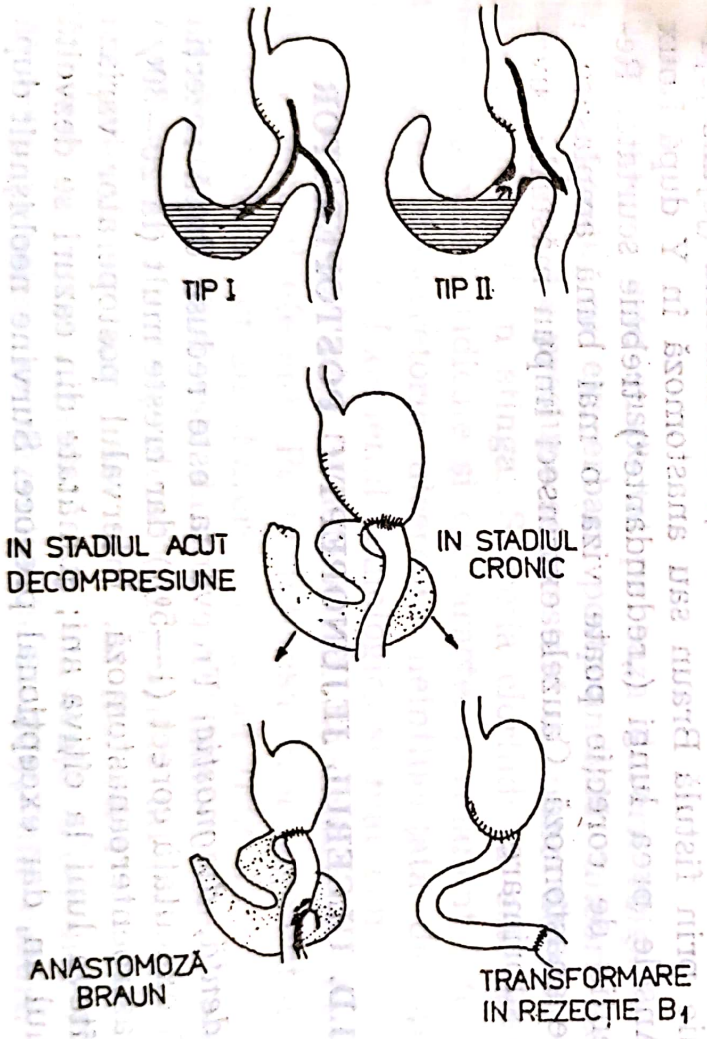


Fig. 1. Forme ale sindromului de ansă aferentă şi modalităţile de corecţie chirurgicală (după Mörl şi Künkel).

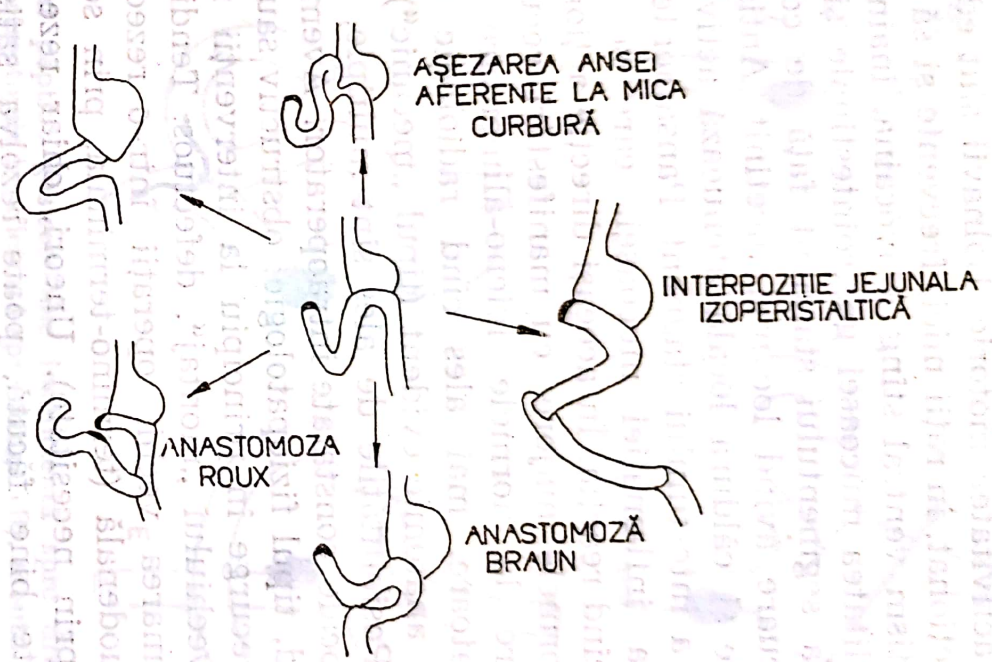


Fig. 2. Strategia chirurgicală în sindromul cronic de ansă aferentă (după Rattenhuber şi Spelsberg).

Scanned with OKEN Scanner

regleze activitatea motorie. Bolnavii sînt educaţi să se alimenteze fracţionat, în raţii mici, frecvente şi să păstreze poziţie de clinostatism ventral stîng. Novocaina, înainte de mese, reduce excitabilitatea mucoasei gastrointestinale şi consecutiv, creşte toleranţa segmentului stagnant faţă de conţinut, contracţiile de evacuare avînd loc mai încetinit. Antispasticele, anticolinergicele şi căldura locală atenuează activitatea motorie disritmică a intestinului stagnant. Pansamentele pot contribui la liniştirea inflamaţiei mucoasei, care se dezvoltă secundar, amplificînd reacţia. În aceeaşi direcţie acţionează şi clorpromazina. Formele majore, cu manifestări recurenţiale frecvente, refractare la normele igieno-alimentare şi la mica terapie conservatoare, mai ales cînd radiologic s-a identificat un substrat anatomic evident (tipul „mecanic"), obligă la reintervenţii. Posibilităţile de ales sînt multiple, în funcţie de condiţiile locale constatate intraoperator. Avem în vedere, în primul rînd, tipul fiziopatologic: obstructiv sau stagnant (25).

Se recurge în principiu la intervenţii radicale, cu suprimarea vechiului „montaj", defectuos. Tendinţa prioritară este transformarea vechii operaţii într-o rezecţie cu anastomoză gastroduodenală (termino-terminală, prin selecţie, termino-laterală, prin necesitate). Uneori, chiar rezecţia Reichel-Polya, dacă este bine făcută, poate rezolva satisfăcător problema. După situaţie, alteori se acţionează doar paliativ şi se asigură o comunicare între ansa aferentă şi cea eferentă (jejuno-jejunostomie prin fistulă Braun sau anastomoză în Y după Roux etc.). Ansele prea lungi („redundante") trebuie scurtate. Reintervenţia de corecţie poate viza o mai bună amplasare a gurii de anastomoză. Cauzele extrinseci impun măsurile cuvenite de suprimare.

IV.1.D. ULCERUL JEJUNOPEPTIC POSTOPERATOR

Incidenţă, diagnostic. Frecvenţa este redusă după rezecţia gastrică executată corect (1—5%) dar creşte mult (la 20—30%) după gastroenteroanastomoză. Intervalul postoperator variază de la cîteva luni la cîţiva ani; jumătate din cazuri se dezvoltă în primul an, dar excepţional precoce. Survine neobişnuit după

Scanned with OKEN Scanner

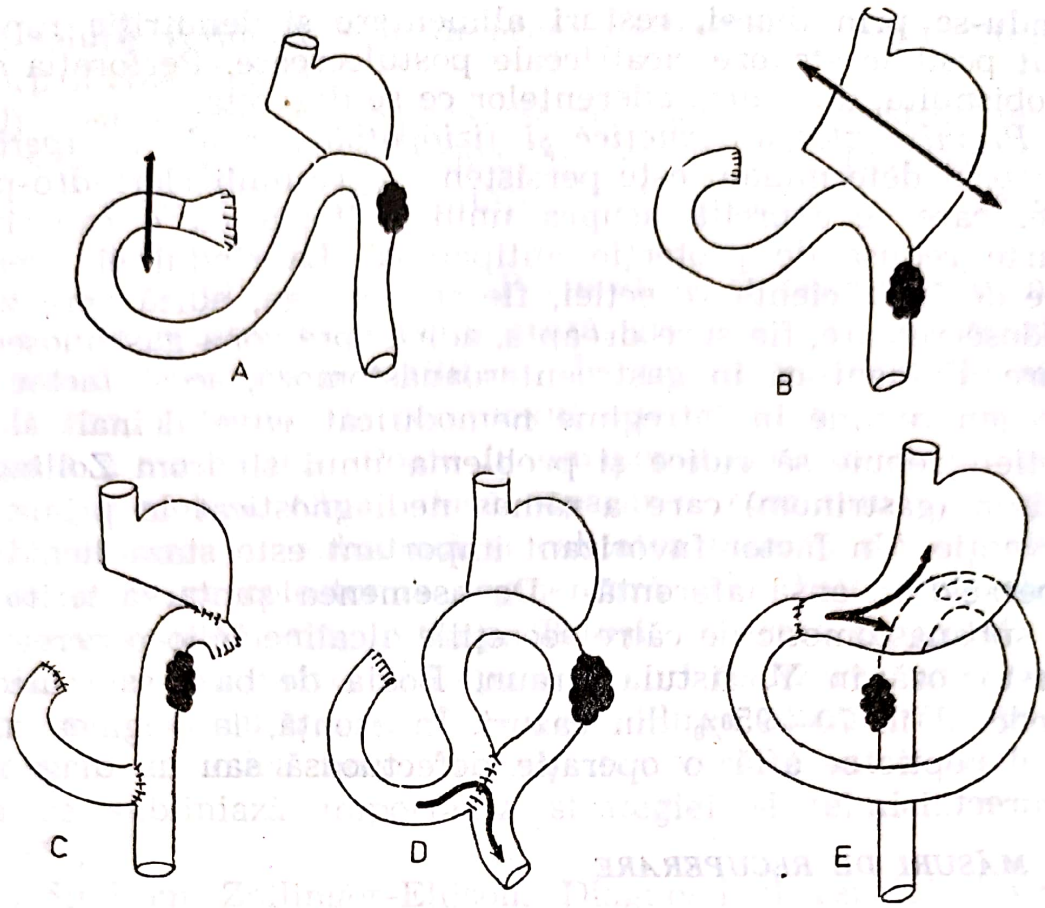


Fig. 3. Etiologia ulcerului peptic: gastrectomie insuficientă spre dreapta cu păstrarea pilorului (A), gastrectomie insuficientă spre stînga (B), montaj în Y(C), fistulă jejuno-jejunală (D), gastrojejunostomie incorectă, prea înaltă, prea la stînga (E).

10 ani. Clinic este suspectat pe baza durerii epigastrice intense, continui, cu exacerbare postprandială, uneori cu evoluţie periodică. La presiune se constată un punct dureros supra şi paraombilical în stînga. Secreţia clorhidrică este prezentă deseori la valori ridicate şi cu caracter permanent interdigestiv (starea dissecretorie ulceroasă neinfluenţată de operaţia din antecedente). Examenul radiologic, şi mai constant endoscopia, evidenţiază nişa caracteristică. Localizarea se face mai des pe jejunul eferent. Poate interesa însă segmentul anastomotic şi chiar versantul aferent al ansei. (Fig. 3).

Complicaţii. Deşi este dată şi posibilitatea regresiunii, leziunea se menţine rău tolerată şi prezintă un risc crescut de complicaţii. Hemoragia este cea mai frecventă şi semnalează de multe ori pentru prima dată existenţa ulcerului. Fistula gastro-jejuno-colică se dezvoltă la 8—20% din cazuri, rele-

Scanned with OKEN Scanner

vîndu-se prin diarei, resturi alimentare şi denutriţie rapidă. Sînt posibile stenoze cicatriceale postulceroase. Perforaţia este neobişnuită, din cauza aderentelor ce se dezvoltă.

Premise etiopatogenetice şi fiziopatologice ale recuperării. Factorul determinant este persistenţa agresiunii clorhidro-peptice, care se exercită asupra unui teritoriu cu o capacitate foarte redusă de protecţie antipeptică. La rîndul ei, aceasta ţine de insuficienţa rezecţiei, fie spre stînga, adică spre zona acidosecretoare, fie spre dreapta, adică spre zona gastrinosecretoare. Evident că în gastroenteroanastomoză, acest factor ulcerogen rămîne în întregime nemodificat. Nivelul înalt al secreţiei trebuie să ridice şi problema unui sindrom Zollinger-Ellison (gastrinom) care a rămas nediagnosticat la prima intervenţie. Un factor favorizant important este staza lichidului hiperacid în ansa aferentă. De asemenea şuntarea teritoriului subanastomotic de către secreţiile alcaline bilio-pancreatice: anastomoză în Y, fistulă Braun. Boala de bază este ulcerul duodenal în 70—95% din cazuri. În esenţă, la originea ulcerului peptic se află o operaţie defectuoasă sau un diagnostic incorect.

MĂSURI DE RECUPERARE

Tratamentul conservator antiulceros a fost şi aici încercat. Eşecurile numeroase, frecvenţa recidivelor, riscul de complicaţii îl exclude însă în prezent. Rămîne utilizabil doar pentru perioada de pregătire preoperatorie. Ca resursă exclusivă poate fi reţinut, cu titlu de excepţie, la persoanele unde se contraindică reintervenţia.

Conduita variază cu situaţia dată:

a) Rezecţie gastrică efectuată corect. Criterii întrunite: bont gastric mic, evacuare bună în ansa eferentă, lipsa refluxului în ansa aferentă. Se recomandă vagotomia complimentară, pe cale abdominală. Cu acelaşi prilej se analizează şi situaţia anatomică locală.

b) Rezecţie insuficientă sau montaj incorect al anastomozei. Se suprimă montajul defectuos, se extinde rezecţia şi se reface corect anastomoza. Pe cît posibil, se tinde spre restabilirea continuităţii gastroduodenale. Asocierea vagotomiei este indicată şi aici.

c) Ulcer jejunopeptic recidivat. Se va exclude mai întîi adenomul pancreatic gastrinosecretor. Cauza stă în masa celulară parietală secretorie excesiv de mult dezvoltată. Sin-

Scanned with OKEN Scanner

gura soluţie raţională este de aceea gastrectomia mult extinsă la corp şi chiar totală.

d) Gastroenteroanastomoza. Se recurge la „degastroentero-gastrectomie“ cu rezecţia anastomozei în bloc (gastrectomie 2/3) şi restabilirea continuităţii gastroduodenale, în cazuri dificile, gastrojejunale.

e) Ulcer peptic complicat. Perforaţiile şi hemoragiile masive impun reintervenţii de urgenţă, grevate deci de riscurile aparţinînd terenului neechilibrat. În fistule, dificultăţile sînt de alt gen, generate de complexul aderenţial şi retracţia accentuată a mezourilor. Poate fi indispensabilă rezecţia în bloc gastrojejunocolică. Chiar dacă separarea colonului este posibilă, pierderea de substanţă şi calitatea proastă a marginilor impun frecvent colectomia segmentară (17). Este preferabilă rezolvarea într-un singur timp. Totuşi, deoarece pericolul de fistulă colică este mare, se impune uneori realizarea unui anus abdominal (pentru trei luni), cu restabilirea ulterioară a tranzitului, în al doilea timp. Mortalitatea variază între 7—20%, ceea ce subliniază importanţa strategiei şi tehnicii operatorii (17).

f) Sindrom Zollinger-Ellison. Diagnosticul rezultă dintr-o explorare minuţioasă a pancreasului, cercetarea metastazelor hepatice, eventual dozarea gastrinei sau testarea efectului secretagog al urinii la şobolan (proba Bonfils). Se recurge la gastrectomie totală asociată cu pancreatectomie segmentară (cu extirparea formaţiunii palpate sau pancreatectomie corporeocaudală, dacă nu sînt tumori evidente).

Problema prevenirii ulcerului peptic jejunal rămîne încă actuală. La al II-lea Congres Naţional de Chirurgie (1973) se aprecia în concluzii că „orice operaţie care nu rezolvă aciditatea gastrică, nu asigură un drenaj eficient al stomacului restant, punînd în contact direct mucoasa jejunală cu chimul alimentar nemacerat, neuniformizat, nedigerat, nealcalinizat şi deci traumatizant — mecanic şi chimic — trebuie evitată“. Cu acelaşi prilej s-a arătat necesitatea înlăturării intervenţiilor cu risc crescut de ulcer peptic: gastroenteroanastomoză, excizia circumscrisă a ulcerului, piloroplastiile izolate, anastomoza în Y şi fistula Braun în gastroenteroanastomoză, chiar vagotomia izolată. Sînt cercetări care relevă rolul de spin iritativ cu efecte hipersecretorii şi hiperkinetice ale leziunii ulceroase păstrate pe loc.

Scanned with OKEN Scanner

IV.1.E. GASTRITA BONTULUI ȘI STOMITA

Procesele inflamatorii sînt frecvente în aria digestivă proximală, ca urmare a contaminării bacteriene la care duce lipsa barierei acide și refluxul biliopancreatic. Aspectul polipoid, realizat la o mare parte din bolnavi, impune analiză diferențială atentă cu cancerul de bont. Suferința poate deveni invalidantă prin reducerea apetitului, dureri și denutriție. Procesul este reversibil prin măsurile igienodietetice de cruțare proprii gastropatiei cronice și administrare de novocainã, pansamente gastrice pe bază de bismut, aluminiu, spălături gastrice cu glucoză hipertonică, cure hidrominerale.

IV.1.F. CANCERUL STOMACULUI OPERAT

Survine cu o frecvență care depășește pe cea de la persoane neoperate de aceeași vîrstă, încît nu mai poate fi privit ca o asociere accidentală. Se observă după rezecții, ca și după gastroenteroanastomoze. O mare dificultate în diagnostic derivă din subestimarea acestei eventualități și atribuirea suferințelor acuzate de bolnavi pe seama stomacului operat, a unei gastrite etc. Intervalul de la intervenție este mare. Factorii de risc cancerigeni sînt leziunile atrofice ale mucoasei, rezultate din inflamație și din agresiunea refluxului de bilă și suc pancreatic și intestinal. Gastrectomia respectă principiile oncologice și de cele mai multe ori este totală, avînd în vedere localizarea leziunii pe corpul restant, mai rar se poate rezuma la o rezecție suplimentară.

IV.1.G. DISFUNCȚIILE ESOCARDIALE ȘI HERNIILE DIAFRAGMATICE

Se observă mai ales după rezecții cu anastomoză gastroduodenală, care presupune o anumită tensiune a tractului repus în continuitate. Sindroamele sînt variate: disfagie, pirozã, reflux gastroesofagian cu esofagită secundară, stenoză esofagiană joasă dezvoltată în legătură cu aceasta, hernii diafragmatice

Scanned with OKEN Scanner

cardiotuberozitare. În primele situaţii, pot fi suficiente măsurile dietetice şi terapia cu antispastice, anestezice de contact şi mai ales pansamentele (de preferat suspensiile coloidale cu adezivitate crescută la mucoasă). Ultimele obligă la reintervenţii. După situaţie, se face reconstituirea unghiului cardiotuberozitar, fundoplicatura gastrică, cura herniei hiatale etc.

IV.1.H. PROBLEMA INTERVENŢIEI DE RECONVERSIUNE

Dintre cele două tipuri de rezecţie, cea cu anastomoză gastrojejunală cuprinde cele mai multe riscuri şi atrage cele mai severe complicaţii. Sînt situaţii cînd gradul important al acestora şi renitenţa la măsurile conservatoare impun corectarea intervenţiei, prin transformare într-o rezecţie cu anastomoză gastroduodenală. Este operaţia de reconversiune, de reintroducere a duodenului în circuit (Henley-Soupault, 1955). Realizarea ei tehnică poate întîmpina serioase dificultăţi, din cauza complexului aderenţial, a retracţiei mezourilor, a deformării viscerelor şi dislocării lor. Din acest motiv, se folosesc diferite artificii pentru efectuarea noii comunicări, uneori cu introducerea unui segment jejunal intermediar în montajul care se face. Legătura gastroduodenală poate fi termino-terminală sau termino-laterală (cu D II) (Fig. 4, 5). Rezultatele sînt prompte (27). Reintervenţia rezolvă sindroamele carenţiale, sindro-

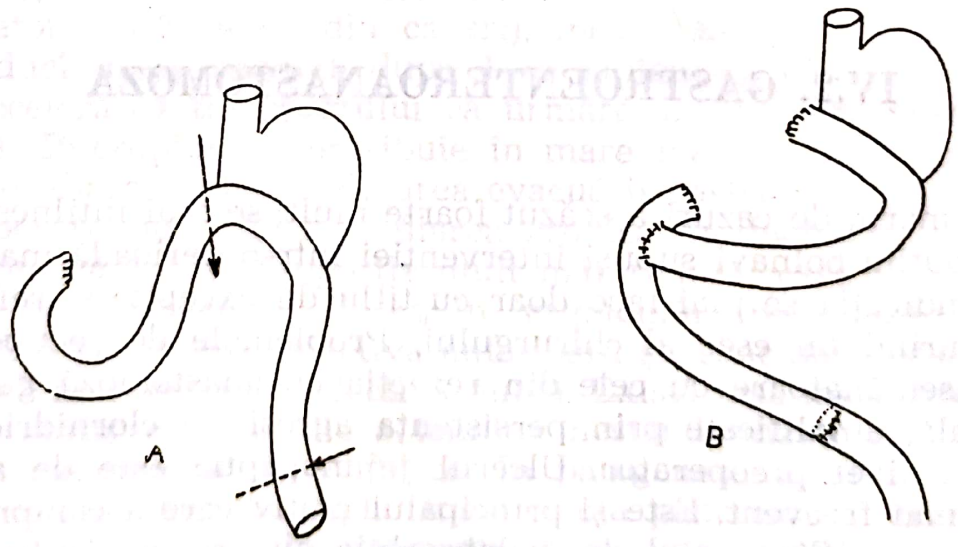


Fig. 4. Schema reimplantării ansei aferente în duoden (după Guivarc'h).

Scanned with OKEN Scanner

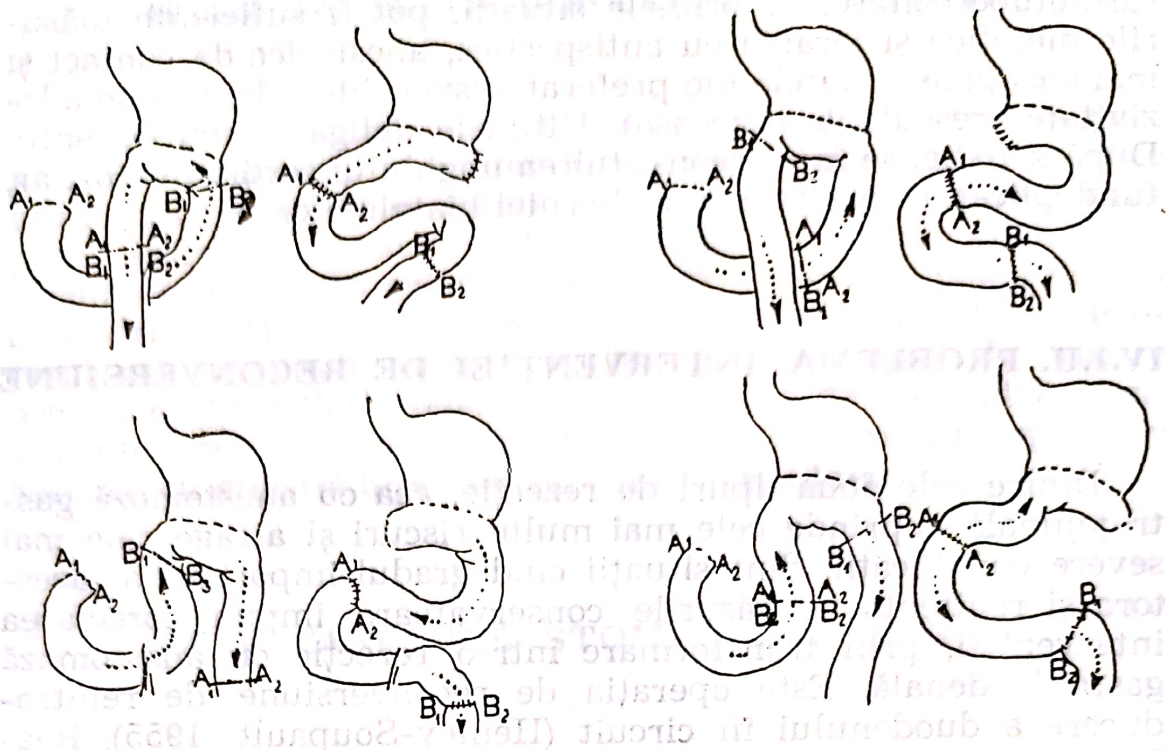


Fig. 5. Modalităţi de restabilire a circuitului gastroduodenal (după R. Nissen).

mul jejunal, ulcerul peptic, invaginaţiile jejuno-gastrice. Mortalitatea operatorie este redusă. Tehnica poate fi aplicată şi în gastroenteroanastomoză, după aceleaşi principii. Suprimarea clorhidriei poate fi asigurată şi prin asocierea vagotomiei.

IV.2. GASTROENTEROANASTOMOZA

Numărul de cazuri a scăzut foarte mult, se mai întîlnesc azi doar puţini bolnavi supuşi intervenţiei într-o perioadă mai veche. Indicaţia se mai face doar cu titlu de excepţie şi reflectă mai curînd un eşec al chirurgului. Problemele de recuperare sînt asemănătoare cu cele din rezecţia cu anastomoză gastro-jejunală, amplificate prin persistenţa agresiunii clorhidrice la acelaşi nivel preoperator. Ulcerul jejunopeptic este de aceea mult mai frecvent. Este şi principalul motiv care a compromis intervenţia. Sindromul de malabsorbţie nu are particularităţi, în afară de cea a conservării clorhidriei. Sindromul jejunal

Scanned with OKEN Scanner

apare într-o proporţie asemănătoare ca la rezecaţi. Măsurile de recuperare sînt identice, în măsura în care se limitează la domeniul conservator. În principiu, se recomandă însă reintervenţia cu efectuarea unei rezecţii suficiente, eventual însoţită de vagotomie (în prezenţa unei hiperclorhidrii de inducţie vagală). Se tinde la anastomoza gastroduodenală, chiar dacă situaţia anatomică precară permite doar efectuarea tipului terminolateral.

IV.3. VAGOTOMIA

Controversele continuă în legătură cu superioritatea diferitelor procedee. Vagotomia tronculară este cea mai criticată din cauza efectelor secundare importante asupra căilor biliare, intestinului şi pancreasului. Vagotomia selectivă, deşi teoretic superioară, riscă lipsa de eficienţă (cu recidivă ulceroasă) (22), dacă nu există (şi de fapt se caută încă) o metodă adecvată pentru aprecierea intraoperatorie a completitudinii denervării gastrice. Vagotomia supraselectivă îşi propune să excludă doar ramurile zonei secretorii a stomacului. Pentru vagotomia tronculară şi combinată (selectivă anterioară — tronculară posterioară) se distinge intervenţia izolată sau asociată(cu drenaj gastric, cu antrectomie). Vagotomia cu antrectomie dă rezultate îndepărtate mai bune decît rezecţia Reichel-Polya (16a).

Vagotomia tronculară este urmată frecvent de o diaree postoperatorie (30—62% din cazuri), manifestă din primele zile şi reducîndu-se spontan după 4—6 săptămîni. Cauza ei constă în accelerarea transportului ca urmare a pierderii controlului vagal. Piloroplastia contribuie în mare măsură la declanşarea acestei diarei, prin accelerarea evacuării gastrice. Probleme de recuperare pune de fapt diarea cronică, ireductibilă. Aceasta se observă într-o proporţie mult mai redusă, care variază cu tipul de intervenţie: 10,7% în vagotomia tronculară dublă, 6,1% în vagotomia selectivă anterioară şi tronculară posterioară, 1% în vagotomia selectivă dublă. Există însă mari diferenţe după statistici, expresie a tehnicii nestandardizate şi a criteriilor neuniforme de evaluare. În patogeneza acestui sindrom intră mecanisme multiple: insuficienţă pancreatică, deficit de săruri biliare, atrofia mucoasei intestinale, popularea bacteriană enterală cu toate consecinţele sale asupra digestiei şi

Scanned with OKEN Scanner

absorbției. Măsurile de recuperare se vor adresa în consecință acestor tulburări, după modelul din celelalte sindroame malabsorbtive. Suplimentările medicamentoase vor fi orientate după carența dezvoltată de bolnavi. Diareile severe pot fi controlate prin interpunerea unui segment jejunal inversat, pentru încetinirea tranzitului. Rezultatele sînt de cele mai multe ori bune, dar se semnalează și complicații de tipul stazei segmentare, prin obstacolul realizat la acest nivel.

În vagotomia ineficientă, urmată de recidivă ulceroasă, poate deveni necesară rezecția gastrică. Se verifică totodată completitudinea vagotomiei. Litiaza biliară postvagotomică impune atitudinea adoptată în mod obișnuit în această condiție.

Vagotomia izolată cu stază gastrică sau cu drenaj ineficient, necesită reintervenție pentru antrectomie și eventual rezecție mai largă.

IV.4. GASTRECTOMIA TOTALĂ

Lărgirea indicației acestui tip de intervenție și la alte condiții decît cele oncologice, a adus-o în cîmpul preocupărilor de recuperare. În prezent se poate impune ca necesară pentru rezolvarea unor ulcere jejunopeptice recidivante, mai ales în legătură cu adenomul pancreatic gastrinosecretor (sindromul Zollinger-Ellison), dar chiar și cu boala ulceroasă (ulcer duodenal cu agresivitate clorhidrică mare, pe seama masei celulare secretoare).

Principala consecință negativă este sindromul pluricarențial, asemănător celui din rezecția parțială, dar mult mai sever și mai greu de corectat („distrofia agastrică"). De gradul compensării motorii ileocolice depinde lipsa sau prezența diareei. Încercările de prevenire a deficitului nutritiv prin construirea unui neorezervor (dublă sau triplă ansă jejunală) cu interpoziție esoduodenală nu s-au dovedit eficiente. Importantă este doar respectarea circuitului fiziologic duodenal. Sînt mai rău tolerate anastomozele esojejunale. Eforturile de recuperare nu dispun deci de noi metode reconstructive. Ele se limitează la suplinirea medicamentoasă a principiilor nutritivi esențiali, la îngrijirea enteropatiei secundare și la cruțarea igienoalimentară. Nu trebuie neglijați factorii adjuvanți ai malnutriției: lipsa senzației de foame, indisciplina dietetică, fumatul, alcoo-

Scanned with OKEN Scanner

lismul, condiţii socio-economice, neuroza secundară. Se va respecta un program ordonat de corecţie medicamentoasă cu preparate de fier, calciu, vitamine din grupul B, vit. C, D, administrate zilnic sau periodic. Sînt necesare 6—8 mese la zi, asociate cu extrase de pancreas şi acid clorhidric. Sindroamele carenţiale particulare vor fi tratate ca la celelalte stări malabsorbtive.

PSIHOTERAPIA

Este în toate cazurile indispensabilă. Ea urmăreşte redobîndirea încrederii în forţele proprii, cu perspectiva de a trăi şi munci cu eficienţă obişnuită. Condiţionat însă de respectarea regulilor particulare de igienă şi dietă. Trebuie combătute complexele de infirmitate dar şi atitudinea de neglijare a fragilităţii gastrointestinale care s-a dezvoltat prin actul operator.

Persoanele care au reintrat în activitate, trebuie să fie urmărite în cursul readaptării lor şi sprijinite în mod complex.

În cel de-al doilea an postoperator, bolnavii pot fi trimişi la cure hidrominerale. Apele din staţiunile Sîngeorz, Olăneşti, Slănicul Moldovei (izvoarele 6, 8 şi 10) măresc secreţia gastrică la administrarea pe cale orală, cu 20—30 minute înaintea meselor principale. Se mai utilizează cu bune rezultate: duşuri alternante, băi cu peria, halbbaduri, băi de aer, gimnastică, mici excursii, cură de teren. Bolnavii cu sindrom jejunal nu beneficiază de balneofizioterapie (7, 31).

EXPERTIZA MEDICALĂ A CAPACITĂŢII DE MUNCĂ

Cunoaşterea problemelor biologice legate de stomacul operat, a mecanismelor fiziopatologice proprii sindromului jejunal sau sindromului de denutriţie, precum şi a problemelor profesionale şi sociale ale fiecărui bolnav, uşurează mult expertiza medicală a capacităţii de muncă la aceşti deficienţi.

Factorii biologici şi socio-profesionali care determină invalidarea în aceste suferinţe sînt foarte variaţi (24).

Factori biologici (medicali). Un rol invalidant însemnat au rezecţiile largi, 3/4—4/5 din stomac, mai ales la persoanele ce depăşesc 50—55 ani. Tot astfel şi intervenţiile la bolnavii insuficient pregătiţi preoperator şi mai ales intervenţiile practice la tineri cu neuroză sau tulburări endocrine (după observaţiile noastre hipertiroidismul este cel mai frecvent). Indicaţia unei metode chirurgicale nepotrivite pentru cazul respectiv, atrage posibilitatea instalării postoperatorii a sindromului jejunal sau carenţial. Avem în vedere şi specificul profesional:

Scanned with OKEN Scanner

sindromul jejunal, în formele sale pronunţate, este invalidant, mai ales pentru persoanele care lucrează la înălţime sau în sectoare cu periculozitate crescută.

La rîndul său, sindromul carenţial scade capacitatea de efort, creînd incompatibilităţi pentru profesiunile care necesită eforturi energetice mari (încărcat-descărcat, muncitori forestieri, mineri, metalurgişti etc.).

Asociaţiile morbide şi mai ales hepatita, hipertensiunea arterială, pancreatita, scleroemfizemul pulmonar, sînt elemente cu caracter invalidant. Această particularitate devine mai pregnantă peste 55 ani.

Un loc particular în cadrul asociaţiilor şi complicaţiilor stomacului operat îl ocupă tuberculoza pulmonară sau extrapulmonară, care are un caracter net invalidant. Ea survine într-o proporţie semnificativ crescută la bolnavii cu stomac operat, ca urmare a denutriţiei la care sînt expuşi (6). Este şi motivul care contraindică intervenţia la ulcerosii cu tuberculoza pulmonară stabilizată. Corelaţia este strînsă cu sindromul de malabsorbţie şi cu sindromul jejunal, ambele coexistînd adesea. Au fost deduse măsuri de profilaxie, care constau din urmărirea periodică din punct de vedere ftiziologic a tuturor acestor bolnavi.

Factori socio-profesionali invalidanţi. Se cere mai întîi menţionată reluarea activităţii profesionale prea curînd după intervenţie, adică în perioada în care nu s-a făcut adaptarea aparatului digestiv restant la noua situaţie creată prin intervenţie. De asemenea activitatea profesională desfăşurată în condiţii care nu permit alimentaţia fracţionată impusă de stomacul operat.

Sub aspect social, un rol negativ exercită continuarea modului de viaţă preoperator, cu alimentaţie şi ritm alimentar nefiziologic sau cu un regim carenţat, care nu sînt adecvate condiţiei anatomofuncţionale nou create.

Agravări suplimentare de mare nocivitate exercită consumul exagerat de băuturi alcoolice şi tabagismul.

Numeroşi factori biologici, sociali şi profesionali, influenţează capacitatea de muncă aşa cum s-a văzut. În condiţiile noastre se apreciază că 15—20% dintre bolnavii cu stomac operat pentru ulcer gastric sau duodenal, rămîn cu suferinţe postoperatorii de grad variat (15, 21, 33). Interniştii, care au făcut într-o parte din cazuri indicaţia de intervenţie, dar nu în toate, şi la care bolnavul revine postoperator, sînt în general mai rezervaţi decît chirurgii în ceea ce priveşte prognosticul. Se apreciază că 70% dintre operaţi îşi păstrează capacitatea

Scanned with OKEN Scanner

de muncă pe care au avut-o anterior, 15% devin invalizi și 7% au suferințe susceptibile de tratament medical. Alții menționează: 4,3% invalizi, iar 8,6% nevoiți să-și schimbe profesia. La muncitorii cu activități ce solicită eforturi energetice mari se evidențiază în 31,2% rezultate nesatisfăcătoare (8). Se arată (28) că 9,7% dintre persoanele ce au suferit intervenții pe stomac intră în invaliditate. Mulți cercetători semnalează că bolnavii care nu fumează și nu consumă băuturi alcoolice, tolerează mai bine intervenția. Se apreciază că în 70% din cazuri se poate relua vechea profesie după cca 100 zie de la operație (8).

Atunci cînd se pune problema încadrării într-un grad de invaliditate, se procedează după metoda obișnuită prin raportarea restantului morfofuncțional la solicitările locului de activitate și la condițiile ambientale de lucru. Încadrarea în gradul III de invaliditate se face doar temporar (pentru 6 luni), pînă la refacerea echilibrului biologic. În gradul II de invaliditate se încadrează persoanele incapabile de orice activitate profesională care prezintă diverse asociații morbide (legate de suferința de bază sau întîmplătoare) precum și un grad accentuat de denutriție (32). Caracteristica morbidității și a invalidității bolnavilor cu stomac operat este reversibilitatea, dacă se respectă indicațiile complexe de recuperare. Încadrarea în gradul I de invaliditate se face doar într-o proporție foarte mică și numai cînd deficientul este lipsit de capacitatea de autoservire. În acest grup intră cei cu gastrectomie totală sau cu stări cașectice grave terminale.

MĂSURI SOCIOPROFESIONALE PENTRU RECUPERARE

Repausul la pat și apoi repausul relativ sînt elemente importante în perioadă postoperatorie. Observațiile curente arată că dacă majoritatea bolnavilor se refac postoperator și recîștigă greutatea anterioară, ulterior — în primii trei ani — slăbesc progresiv. Aceasta se datorește nu numai condițiilor create de actul operator, dar și nerespectării unor reguli de ordin igieno-dietetic și socio-profesional. Dacă în primele luni după operație bolnavii respectă indicațiile medicale — mai ales pentru că o bună parte din timp sînt internați în staționare — slăbesc în schimb prin reluarea modului obișnuit de viață pe care l-au dus și înainte de intervenție. Trebuie asigurate toate condițiile pentru a se depăși faza labilă de adaptare prin prelungirea concediului medical (3—6 luni postoperator). Reluarea activității se va face inițial în condiții protejate: program redus la 6 ore pe zi, timp de 2—3 luni pe un an calen-

Scanned with OKEN Scanner

daristic, exclusiv în tură de dimineaţa. Se apreciază că aproximativ 90% din bolnavii cu stomac operat pot fi reintegraţi vieţii normale, fără probleme deosebite (18). Alimentaţia va fi fracţionată şi adaptată — ca mod de preparare, compoziţie — toleranţei individuale. În cazurile (dealtfel rare) în care nu se întrevede posibiltatea reluării activităţii profesionale se poate cere expertizarea şi eventual încadrarea într-un grad de invaliditate, pe o perioadă limitată de timp: 6—12 luni.

Reluarea activităţii este bine să se facă — deziderat realizat în marea majoritate a cazurilor — în aceeaşi profesie cu eventuala modificare a locului de muncă şi cu activitate protejată. Se va schimba însă locul de muncă atunci cînd sînt necesare eforturi fizice mari, fără posibilităţi de acoperire nutriţională la malabsorbtivi, sau cînd nu permite o perioadă de odihnă postalimentară (în clinostatism la cei cu sindrom jejunal) şi o poziţie adecvată în timpul mesei. În cazul sindromului jejunal se evită locurile de muncă la înălţime şi pe schele (zugrav de exterior, electrician de linie, tinichigiu de acoperiş, hornar etc.). În aceste cazuri se schimbă locul de muncă în cel de zugrav sau electrician de interior, tinichigiu cu activitate în atelier, sau se încadrează temporar în invaliditate — gradul III şi se acordă muncă redusă (la patru ore), contraindicîndu-se locurile de muncă la înălţime.

Schimbarea profesiunii nu apare necesară decît foarte rar, mai ales dacă există şi un risc profesional (mediu cu Pb, mineri, turnătorie de fier etc.). Se citează totuşi schimbări ale profesiunii, în ansamblu, la 10—25% din cazuri.

Orientarea profesională a tinerilor necalificaţi cu stomac operat este rareori actuală, fiindcă intervenţiile pe stomac sînt excepţii la o astfel de vîrstă. Ne vom orienta şi aici după aceleaşi principii generale: se evită profesiunile care solicită eforturi fizice mari şi care nu permit respectarea regulilor particulare de igienă alimentară. Profesiunile indicate în hepatita cronică sînt potrivite şi pentru tinerii cu stomac operat pentru ulcer. Se citează gastrectomii mai frecvente la muncitorii din uzinele de produse chimice (5 gastrectomizaţi pentru 260 salariaţi), în timp ce la alte întreprinderi ar fi mult mai puţine. Ca explicaţie, au fost incriminate substanţele toxice sau schimbul în trei ture. Ar părea deci contraindicată orientarea profesională a persoanelor cu afecţiuni gastrice şi stomac operat spre uzinele de produse chimice.

Rezolvarea problemelor sociale impune o atenţie permanentă din partea familiei şi a serviciilor sociale. Bolnavii cu tulburări postoperatorii provin mai des dintre persoanele cu

Scanned with OKEN Scanner

condiţii deficitare de viaţă, igienă şi alimentaţie (8). Sînt uneori necesare ajutoare materiale pentru completarea regimului alimentar, abonamente la cantinele dietetice etc. În paralel, se indică şi acţiuni de educaţie, insistîndu-se şi asupra evitării consumului de băuturi alcoolice sau asupra suprimării fumatului.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. AUGUSTE, C., Presse. méd. (Paris), 55, 1963, 2690.
2. BERNARD, F., BASCHET, Ch., F. LE HENAND, I. R., BOUDERLIQUE, J. L., LORTAT JACOB, Presse, Méd. 78, 12, 1970, 549.
3. BLONDEL, Ph., Rev. Méd. Etud. méd., 35, 1975, 2341.
4. BULIGESCU, L., VAISLER, A., Viaţa Medicală, 17, 1963, 1189.
5. BRUMMER, D. L., Amer. J. Dig. Dis., 14, 1968, 10.
6. CENTEA, Al., MLADIN, Tr., GHERMAN, Cr., SOLOMON, O., IONESCU, DOMIŢIA, ARDEVAN, A., Med. Int., 1, 1963, 83.
7. CRĂCIUN, C., MARIN, Fl., PUŞCĂ, P., Clujul Med., 2, 1972, 593.
8. DUPUY, R., VALLIN, J., Arch. Fr. Mal. App. Dig, 1975, 8, 653.
9. FAUR, A., PĂSCULESCU, Gh., GHIRCOIAŞU, TUDORIŢA, Med. Int., 4, 1972, 471 şi Med. Int. 5, 1974, 593.
10. FODOR, O., STĂNESCU, L., GEORGESCU, E., Clujul Med., 2, 1957, 81.
11. FODOR, O., MARIN, Fl., Med. Int., 10, 1964, 1227.
12. FODOR, O., DUMITRAŞCU, D., Medicina Internă, 10, 1967, 1155.
13. FODOR, O., DUMITRAŞCU, D., BADEA, Gh., BAN, A., TRAGOR, S., CALU, C., SZANTAY, I., Arch. Mal. App. Dig. et Nutr. Paris, 7—8, 1964, 819.
14. FODOR, O., *Tratat elementar de medicină internă*, Ed. Dacia, Cluj, 1973, 159.
15. FODOR, O., POPESCU, Şt., Medicina Int., 3, 1975, 163.
16. GAVRILIU, D., CARUS IONESCU BUJOR, ANGHEL, ION, PRETORIAN, RADU, ALBU, EUGEN, Medicina Internă, 7, 1970, 849.

16a. GHEORGHESCU, B., şi colab., Med. Int., 1, 1977, 63.

17. GUIVARC' H. M., Rev. Prat, 24, 1966, 3205.
18. GAUDENZ, R., Pratics, 20, 1967, 975.
19. HOLLENDER, L. et ADOLF, M., Acta G.e. Belgica, 23, 1960, 803.
20. KARAVANOV, G. G., FLIT, V. O., Kliniceskaia hirurghiia, 12, 1962.
21. LAMBERT, R., Arch. Fr. Mal. App. Dig. 64, 1975, 679.
22. LAMBERT. R., BUGUAN, B., PARTENSKY, C., SAUBIER, E., Arch. Fr. Mal. App. Dig. 65, 1, 1976, 41.
23. ITU, I., DUMITRAŞCU, D., ERDÖSSY, St., BADEA, G., TOADER, I., Congr. III Naţional de gastroenterologie, Cluj-Napoca, 1976.
24. MARIN, Fl., ARMEANU, V., ŞORTAN, V., SOLOMON, N., BOROŞ, L., Simpozion *Suferinţele stomacului operat pentru boala ulceroasă*, Sinaia, 1963, 305.
25. MÖRL, F. K., KÜNKEL, H. P., Med. Welt, 22, 1974, 963.
26. NICOLAESCU, T., SCHIAU, S., STOICULESCU, P., STOENESCU, R., Medicina Internă, 4, 1962, 469.

Scanned with OKEN Scanner

V

RECUPERAREA BOLNAVILOR CU DEFICIT DIZAHARIDAZIC

DEFINIȚIE, DIAGNOSTIC

În procesul de utilizare digestivă a glucidelor un moment esențial revine scindării dizaharidelor în monozaharidele componente. Intestinul subțire uman dispune de un echipament dizaharidazic variat, corespunzător specificului alimentar. În lipsa acestuia, consumul dizaharidelor neabsorbabile declanșează sindromul de intoleranță digestivă. Cea mai frecventă este intoleranța față de lactoză. Mai rar se întîlnește intoleranță față de zaharoză și maltoză. Cu caracter excepțional sînt semnalate alte varietăți de carențe (trehalază) (1, 5, 7, 9, 13, 14). *Diagnosticul sindromului* începe de la datele anamnestice. Aspectul reprezentativ constă din crize paroxistice de borborisme, crampe, agitație abdominală, balonări, uneori transpirații și ameteli, urmate de evacuarea imperioasă a unor scaune apoase, fermentative. Relația constantă cu un anumit dizaharid sugerează diagnosticul. Există însă frecvent și sindroame diareice cronice (8, 12). Manifestările sînt alteori fruste, disimulate: dispepsie gazoasă (balonare și flatulență) sindrom de colon iritabil, acuze abdominale nesistematizate. Simptomele survin uneori doar în asociere cu alți factori patogenetici.

EXPLORĂRI PARACLINICE

Testul de încărcare orală cu dizaharidul netolerat reproduce sindromul (criterii clinice și coprologice) și demonstrează lipsa sau deficitul parțial al activității dizaharidazice respective (curba glicemică plată).

Examenul radiologic cu bariu-dizaharid (lactoză) evidențiază hipersecreție accentuată, hipotonie, accelerarea tranzitului.

Determinarea activității dizaharidazice a mucoasei enterale confirmă și cuantifică deficitul.

Testul terapeutic aduce o ultimă verificare: dispariția manifestărilor după dietă restrictivă.

Scanned with OKEN Scanner

Premise etiopatogenetice și fiziopatologice ale recuperării. Nozologic, se diferențiază mai multe tipuri de intoleranță față de dizaharide (4):

1. *Intoleranța primară* (evoluează ca boală autonomă)
   a) *congenitală* la nou-născut:
   — cu lactozurie
   — fără lactozurie
   relevată la adult de enteropatii sau intervenții chirurgicale gastrointestinale.
   b) *cîștigată* (reziduală după afecțiuni enterotrope vindecate).
2. *Intoleranța secundară*
   a) *simptomatică* (manifestare în cadrul unei afecțiuni cunoscute)
   b) *aparent primară* (expresia unei afecțiuni ignorate).

Carența ereditară este transmisă printr-un mecanism autosom recesiv. Arborele genealogic cuprinde uneori carențe parțiale, latente, recunoscute doar prin testele de încărcare sau determinările biochimice ale activității. Formele secundare (reziduale și simptomatice) se dezvoltă în legătură cu numeroase afecțiuni digestive și generale (2, 8, 14); boala ulceroasă, stomac operat (3), enterocolite acute infecțioase (inclusiv în hepatita virotică), enteropatie glutenică, sprue tropical, boala Whipple, sclerodermie, limfogranulomatoză malignă, alergie, parazitoze, sindromul de ansă oarbă, rezecții de intestin subțire, după neomicină, în subnutriții severe.

În mecanismul fiziopatologic al manifestărilor de intoleranță intră, ca primă verigă, efectul hiperosmolar al dizaharidului neabsorbit. Se declanșează reacții hipersecretorii și reacții motorii. Urmează acțiunea fermentativă a bacteriilor intestinale asupra dizaharidului. Acizii organici și gazele rezultate exercită acțiune iritantă asupra mucoasei. Se realizează astfel o diaree hiperacidă cu exces de acid lactic. În mod secundar diminuă și absorbția de calciu.

EVOLUȚIE ȘI PROGNOSTIC

Carența dizaharidazică nu constituie o problemă severă de patologie pentru adult. Avînd în vedere că deficitul la această vîrstă este aproape totdeauna parțial, sindromul de intoleranță se manifestă mai frecvent doar la consumul de lapte și rareori la derivatele sale. Nediagnosticat, poate întreține însă sindroame malabsorbtive și poate dezvolta enteropatii cronice nespecifice cu populare bacteriană și leziuni inflamatorii, chiar

Scanned with OKEN Scanner

atrofice. Aplicarea măsurilor terapeutice rezolvă pe deplin tulburările, încît prognosticul este bun, condiţionat doar de stabilirea diagnosticului.

EXPERTIZA MEDICALĂ A CAPACITĂŢII DE MUNCĂ

Nu ridică probleme deosebite datorită caracterului neinvalidant al suferinţei dacă se respectă indicaţiile de tratament. Problemele de morbiditate se rezolvă după tipul celor expuse la capitolul enterocolitelor.

RECUPERAREA CAPACITĂŢII DE MUNCĂ

MĂSURI MEDICALE

Măsurile medicale de recuperare derivă din următoarele principii: excluderea sau reducerea pînă la limita de toleranţă a alimentelor cu conţinut dizaharidic, stimularea activităţii dizaharidazice a mucoasei enterale, administrarea de preparate substitutive medicamentoase, suprimarea factorilor declanşatori nespecifici asociaţi, combaterea reacţiei motorii şi secretorii. În formele simptomatice, se adaugă tratamentul bolii de bază

V.1.CARENŢA LACTAZICĂ

Dieta restrictivă. Regimul fără lactoză implică excluderea unui foarte mare număr de produse. În primul rînd este vorba de laptele dulce, dar de multe ori şi derivatele fermentate (iaurt, lapte bătut) întrucît şi acestea conţin resturi de lactoză. În carenţa absolută trebuie eliminate smîntîna, brînzeturile, untul. Se evită toate preparatele culinare care conţin produse lactate: sosuri cu lapte sau cu unt, creme, budinci cu brînză, aluaturi pregătite cu adaus de lapte, biscuiţi preparaţi cu unt, îngheţată. Nu trebuie pierdut din vedere că numeroase produse alimentare industriale conţin lactoză, uneori nesemnalată: supe praf, biscuiţi, margarină cu amestec de lapte sau unt, gumă de mestecat, caramele, bomboane cu lapte etc. Vor fi evitate în egală măsură şi preparatele farmaceutice cu conţinut de lactoză (fier redus sau siropuri).

La adult remisiunea se obţine de obicei prin înlăturarea laptelui dulce şi restrîngerea raţiei de iaurt; untul şi brînze-

Scanned with OKEN Scanner

turile sînt în schimb bine tolerate. Chiar laptele dulce poate deveni inofensiv dacă este inclus în preparatele făinoase sau este consumat în cantităţi mici, după masă. Se apreciază că o cantitate de 15 g lactoză (echivalentă cu 150 ml lapte) pe zi poate fi consumată fără tulburări manifeste. Sînt excepţionale cazurile de intoleranţă totală.

STIMULAREA ACTIVITĂŢII LACTAZICE A INTESTINULUI

Acest deziderat reflectă caracterul adaptativ al dizaharidazelor intestinale, verosimil, deşi controversat încă. Există într-adevăr argumente care indică o „independenţă" între dizaharidaze şi alimentaţie. Astfel, activitatea dizaharidazică este semnalată în mucoasa enterală încă din luna a III-a intrauterină, deci înainte de solicitarea sa în procesul digestiv. La multe mamifere, activitatea lactazică regresează după perioada de alăptare, fără a putea fi menţinută de ingestia de lactoză. Nu există un raport proporţional între activitatea dizaharidazică şi raţia dizaharidului corespunzător. De asemenea, trehalaza se găseşte la acelaşi nivel cu zaharaza, deşi consumul de ciuperci este cu totul neînsemnat faţă de de cel de zahăr. Activitatea lactazică este deprimată şi chiar absentă la anumite grupe de populaţii umane, prin transmisie ereditară, în contradicţie cu consumul de lactate. Este exemplul negrilor americani, la care intoleranţa faţă de lactoză este prezentă în 77%, faţă de numai 19% la albi, fără ca deosebirile de alimentaţie să poată explica această diferenţă. Tot astfel, la tribul Rwanda din Tanzania, care consumă puţin lapte, se constată o activitate lactazică foarte înaltă. Şi invers, activitatea lactazică se menţine nealterată la persoanele supuse restricţiilor în lactoză. Aceste date nu susţin totuşi concluzia independenţei dizaharidaze-alimentaţie, întrucît disocierile notate se explică prin reglarea genetică a activităţii enzimatice.

Pentru relaţia dintre natura alimentaţiei şi activitatea dizaharidazică pledează mult mai numeroase fapte. Chiar distribuirea rasială a carenţei lactazice poate fi înţeleasă prin prisma specificului alimentar. Astfel, în Africa se constată carenţă lactazică la 90—100% din membrii triburilor Bantu (Uganda), care se ocupă cu agricultura şi nu consumă obişnuit lapte, spre deosebire de triburile de păstori la care sindromul se întîlneşte la 44%. Prin ereditate, o parte din negrii americani au moştenit acest deficit. În mod asemănător, la eschimoşii din Groenlanda, tulburarea este prezentă în 88%, explicată prin lipsa laptelui din alimentaţie. Cifre superpozabile sînt semnalate la greci şi ciprioţi (88%), indienii americani (67%), unele

Scanned with OKEN Scanner

populaţii orientale (100%). Există relaţii evidente cu obiceiurile alimentare şi condiţiile economice. Se poate presupune că solicitarea digestivă scăzută atrage pierderea echipamentului dizaharidazic. Defectul pătrunde apoi în fondul genetic, perpetuîndu-se la generaţiile care încep să consume lapte. Problema are profunde implicaţii de politică sanitară în ţările în curs de dezvoltare, acolo unde sindromul ia amploare maximă. Nu se cunoaşte conţinutul în lactoză al laptelui matern de la aceste populaţii.

Există unele specii de animale lipsite de lactază în mucoasa intestinală, iar laptele matern este lipsit de lactoză (leul de mare). Alimentarea lor cu derivaţi care conţin lactoză duce la moartea animalelor. S-au demonstrat reale posibilităţi de stimulare a activităţii lactazice prin influenţe alimentare. Cercetări pe un grup de negri americani au demonstrat că aceştia devin capabili să utilizeze peste 150 g lactoză/zi, la 2—3 săptămîni de la introducerea sa în alimentaţie. La şobolani, cunoscuţi pentru intoleranţa faţă de lapte, activitatea lactazică se dezvoltă în cîteva săptămîni de alimentare. Valorile cresc cu durata experimentului pînă la de patru ori nivelul iniţial. Rezultatele negative semnalate de alţi experimentatori nu infirmă aceste concluzii întrucît modelele utilizate sînt distincte. Raţia crescută de zaharoză şi fructoză creşte activitatea zaharazică şi maltazică (la om).

Ipoteza adaptării dizaharidazice faţă de alimente, formulată de Fischer şi Niebel (1895), poate fi deci considerată ca verificată, începînd chiar cu anul 1899, cînd Weinland comunică creşterea activităţii lactazice la adulţii hrăniţi cu lactoză. La obezii supuşi unui regim hipocaloric prelungit, se constată scăderea activităţii dizaharidazice după cîteva zile. Practic alimentaţia trebuie să cuprindă o perioadă iniţială cu raţia scăzută de lactoză, la nivelul tolerat. Progresiv prin creşteri prudente se va ajunge la cantităţi mai mari (pînă la 15 g lactoză pe zi).

Terapia substitutivă. Deşi cea mai însemnată parte a activităţii lactazice are loc în grosimea epiteliului (microvilii enterocitari) o anumită proporţie se desfăşoară intraluminal. Pe acest fapt se bazează încercările cu preparate de lactază care asigură hidroliza unor raţii moderate de lactoză.

Suprimarea factorilor declanşatori adjuvanţi. O direcţie importantă de restabilire a toleranţei este eliminarea influenţelor nespecifice asociate consumului de lapte. Se ştie că unii bolnavi tolerează bine laptele cald, dar prezintă reacţie faţă de produsul rece. Cantităţile mari într-o singură repriză sînt mai rău

Scanned with OKEN Scanner

tolerate decît cele fracţionate. Ingestia de lapte (iaurt etc.) pe stomacul gol prezintă un risc mai crescut decît ingestia postprandială. Laptele înglobat în preparate culinare este mult mai bine tolerat decît cel în stare naturală.

Calciterapia devine necesară în carenţa lactazică pentru a compensa carenţa rezultată din excluderea (limitarea) produselor lactate. Există totodată o malabsorbţie. Mecanismul acesteia ar sta în lipsa efectului de potenţare a absorbţiei active a calciului la nivelul ileonului de către lactoză, respectiv de glucoză-galactoză (6, 10, 11).

Rezultatele terapeutice sînt bune. Atunci cînd este vorba de o carenţă simptomatică, se acordă importanţa cuvenită bolii de bază. Se cunoaşte că rectocolitele hemoragice beneficiază în mare măsură de excluderea laptelui, deşi intoleranţa se dezvoltă secundar, în cursul bolii. Tot astfel şi în enteropatia nespecifică.

V.2. CARENŢA MALTAZICĂ

Alimentaţia trebuie să excludă amidonul şi dextrinele, cu atenţie la forma disimulată sub care se găsesc acestea în unele produse alimentare. După liniştirea acuzelor, se încearcă realimentarea în cantităţi progresive.

Terapia substitutivă se bazează pe administrarea unuia din preparatele enzimatice: glucamilază (acţiune verificată prin ameliorarea curbei glicemice la testul de încărcare cu amidon şi prin remisiunea simptomelor clinice) sau bimyconază (amidon + invertază). Rezultatele sînt nesigure.

V.3. CARENŢA DE ZAHARAZĂ ŞI MALTAZĂ

Dieta de excludere are în vedere eliminarea următoarelor produse: zahărul de trestie sau sfeclă, fructele, glicogenul (inclusiv ficat şi creier) amidonul, preparatele cu malţ. În alimentaţie se poate folosi fructoza şi inulina, aceasta din urmă

Scanned with OKEN Scanner

găsindu-se în napi (Helianthus tuberosus). Raţia de zahăr şi făinoase trebuie crescută cu multă precauţie.

Substitutiv se poate administra bimyconaza care poate permite o alimentaţie variată, apropiată de cea obişnuită.

MĂSURI PROFESIONALE

Există cazuri excepţionale care realizează scăderea temporară a capacităţii de muncă din cauza diareei persistente sau a denutriţiei. Restabilirea se asigură însă prin aplicarea măsurilor terapeutice menţionate. O problemă particulară ridică locurile de muncă care impun consumul sistematic de lapte ca mijloc de protecţie antitoxică. Acesta trebuie evitat, cel puţin în raţia uzuală de 1/2—1 litru la zi. În aceste cazuri se indică schimbarea locului de muncă sau chiar schimbarea profesiunii.

Orientarea profesională devine actuală pentru tinerii care prezintă aceste deficienţe enzimatice. Se recomandă evitarea orientării către industria de prelucrare a laptelui, profesia de bucătar, cofetar, cioban. Tot astfel şi ramuri ale industriei chimice (plumb ş.a.) care prevăd suplimentări de lapte în nutriţie.

MĂSURI SOCIALE

Sînt puţine la număr situaţiile cînd manifestările intestinale, cu implicaţiile lor psihosociale, alterează viaţa în anumite cercuri restrînse. Se ridică probleme speciale de alimentaţie şi aprovizionare cu deosebire în anumite zone geografice. Deplasările la distanţe mari şi de durată (turism, prospecţiuni) necesită asigurarea unei alimentaţii care să poată evita produse ca laptele praf.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. BAYLESS, Th. M., PAIGE, D. M., FERRY, E. D., Gastroenterology, 60, 4, 1971, 605.
2. DUMITRAŞCU, D., GOIA, A., ITU, I., ERDÖSY, St., Clujul Medical, 16, 1972, 251.
3. FAUR, A., PĂSCULESCU, Gh. GHIRCOIAŞU, T., Med. Int, 4, 1972, 471.
4. FODOR, O., DUMITRAŞCU, D., Med. Int., 5, 1970, 515.
5. GIRARDET, P., *Absorption et malabsorption du lactose*, Ed. Huber, Berne, 1965.
6. GUDMAND-HÖYER, E., JARNUM, S., Scand. J. Gastroent, 129, 1968, (extr.).

Scanned with OKEN Scanner

VI
RECUPERAREA BOLNAVILOR CU ALERGIE ALIMENTARĂ DIGESTIVĂ

DEFINIȚIE, DIAGNOSTIC

Manifestările alergice digestive au în general o etiologie alimentară, dar sînt posibile și alte cauze (medicamente, substanțe chimice utilizate la conservarea alimentelor, bacterii, levuri). Diagnosticul lor este de multe ori dificil din cauza intricării cu alte suferințe cronice, preexistente sau dezvoltate în mod secundar. Sînt de asemenea multiple posibilități de greșeli în diagnosticul alergiei alimentare digestive (4).

Aspectul reprezentativ al manifestărilor digestive constă în instalarea lor paroxistică în legătură cu ingerarea alimentului alergizant. Corelația cauzală nu este însă totdeauna evidentă. Se realizează tablouri clinice foarte variate (3, 7, 8, 9, 10). În majoritatea cazurilor manifestările gastrointestinale sînt difuze. Deseori ele devin permanente, însoțite de malabsorbție. Asocierea manifestărilor alergice extradigestive ajută la orientarea diagnosticului.

Afectarea unui segment izolat se poate traduce prin sindroame extrem de variate, corespunzătoare localizării procesului. „Marea anafilaxie abdominală" reproduce tabloul abdominal acut. Sînt posibile hemoragii. Ancheta alimentară sistematică aduce indicații asupra produsului alergizant. Identificarea alergenilor se face cu deosebire prin regimuri selective. Regimul de provocare pleacă de la o alimentație fără potențial alergizant (4). Progresiv, la interval de cîteva zile, se adaugă un aliment nou. Metoda este criticabilă, deoarece orice aliment poate dezvolta alergia și fiindcă obligă la unilateralitatea dietetică, generatoare de noi sensibilizări. Regimul de eliminare utilizează un complex alimentar hiperalergizant, cu excluderea treptată, procedeu care se dovedește și mai criticabil. Cel mai prețios este testul alimentar individual (Rinkel) prin care, după o perioadă de consum obișnuit a alimentului testat, acesta este exclus timp de patru zile, pentru a fi apoi

Scanned with OKEN Scanner

administrat în mod izolat. În continuare se reia alimentația uzuală și se cercetează apoi alt produs.

Testele cutanate, deși cunosc o mare răspîndire, sînt puțin satisfăcătoare din cauza marii frecvențe a reacțiilor fals pozitive, mai puțin a celor fals negative. O atenție deosebită trebuie acordată probelor de provocare cu urmărirea manifestărilor locale digestive (1, 2). Examenul radiologic, efectuat cu prînz baritat plus alergen are mare importanță practică, prin capacitatea de a releva modificările tonomotorii și secretorii ale intestinului în cursul conflictului alergic. Pentru o apreciere exactă este însă necesar să se țină seama de modificările intradigestive fiziologice, care apar după orice aliment. La sănătoși, acestea constau din întîrzierea evacuării gastrice, încetinirea tranzitului jejunal, stază ileală persistentă, hipotonie, hipersecreție, alterații episodice ale reliefului. Dificultăți mai mari sînt întîmpinate la enteritici, care prezintă modificări intradigestive ample, etichetate în mod incorect drept alergice. Pentru natura lor alergică pledează totuși unele reacții, ca accelerarea importantă a tranzitului și hipertonia sistematizată a intestinului subțire cu hipersegmentare.

Trebuie evitată eroarea de a considera de natură alergică orice intoleranță alimentară. Confuzia se face frecvent cu deficitul de dizaharidaze, care atrage aceleași manifestări digestive paroxistice în perioada postprandială precoce. În condițiile provocării, pledează pentru alergie și accelerarea pulsului, eozinofilia, leucopenia (testul Vaughan), trombocitopenia (testul Storck). Evidențierea anticorpilor alimentari poate contribui la diagnostic. Terenul alergic este studiat din punct de vedere al puterii histaminopexice scăzute a serului, al puterii histaminoprotectoare scăzute și al reacției latex-histamină (titru scăzut).

Explorările directe pot evidenția modificările de tip gastritic sau formațiuni edematoase, pseudotumorale, la nivelul stomacului, cu regresiune rapidă, congestie rectosigmoidiană, eozinofilie epitelială. Nu există o concordanță între înmulțirea eozinofilelor din sînge și din fragmentele bioptice de mucoasă digestivă, explicabilă prin lipsa paralelismului în dezvoltarea procesului alergic în diferitele sectoare.

PREMISE ETIOPATOGENETICE

Ca în toate bolile alergice, există și aici o predispoziție de teren, reflectată prin antecedente alergice privind alte organe, stigmate biologice caracteristice și încărcare ereditară. Inițiatorul specific este alergenul alimentar. În zona noastră sînt în-

Scanned with OKEN Scanner

criminate în special ouăle, carnea de porc și mai puțin cea de vită, laptele, cartofii, mierea, merele, fragii, ciupercile. Rămîne însă valabil principiul că „orice aliment poate fi alergizant". Acest potențial este mărit prin conservare. Asocierea unor influențe adjuvante ca temperatura scăzută a alimentelor, consumul abuziv sau unilateralitatea îndelungată a regimului, ingestia de alcoolice și condimente, stress-urile psihice, facilitează declanșarea reacției alergice (1, 10, 11).

Un rol patogenetic important au afecțiunile gastrointestinale (9). Aclorhidria și deficitul enzimatic digestiv sînt factori favorizanți frecvenți. Rolul principal revine enteropatiilor cronice: tulburări de digestie intraluminală, amplificarea migrării transepiteliale a produșilor macromoleculari, reactivitatea patologică a mucoasei. Intestinul lezat devine cu mai mare ușurință organ de șoc în procesul alergic. Conflictul alergic atrage prin cerc patogenetic vicios tulburări motorii, vasculosecretorii și inflamația mucoasei.

Alergia alimentară este deseori dublată de alergie microbiană. Într-o măsură mai redusă, se asociază și sensibilizarea la levuri (mai deseori candida).

Conflictul antigen-anticorp poate rămîne circumscris la nivelul tractului digestiv sau ia un caracter general.

În majoritatea cazurilor, există o polisensibilizare care cu timpul se amplifică. Consecutiv, relația clinic sugestivă cu alergenul se poate șterge.

Profilaxia rezidă în respectarea igienei alimentare, cu evitarea unilateralizărilor, chiar trecătoare, și în combaterea tulburărilor digestive care expun la sensibilizarea alergică.

RECUPERARE

Măsuri medicale. Este de mare utilitate respectarea unui program rațional de viață, cu evitarea suprasolicitărilor și a traumelor psihice, evitarea băuturilor alcoolice, a cafelei și a fumatului. Nevroza impune instituirea unui tratament adecvat.

Singura măsură care se adresează etiologiei este suprimarea alimentului alergizant, „regim de excludere" (Rinkel), regulă obligatorie chiar atunci cînd se recurge și la alte mijloace terapeutice. Ea însăși poate duce, chiar singură, la dispariția manifestărilor și, în acest sens, tratamentul devine o problemă de dietetică. Îndepărtarea produselor față de care organismul este sensibilizat se realizează cu ușurință, dacă alergenul are utilizarea mai neobișnuită. Se întîmplă în schimb dificultăți serioase cînd este vorba de alimente de uz curent (cereale, cartofi, lactate). Cel mai mare obstacol rămîne identificarea

Scanned with OKEN Scanner

alergenului. Sînt cazuri cînd acest lucru este imposibil, astfel că prescrierea regimului se face empiric. După un interval de excludere a unor alimente alergene, este posibil ca toleranța să se restabilească în mod spontan. Reintroducerea lor în alimentație se face totdeauna progresiv. Se evită consumul unilateralizat și excesiv de alimente.

O contribuție verificată aduc „regimurile rotatorii": administrarea alternativă a unei varietăți mari de alimente, la 2—3 pînă la 12 zile (6). În cadrul măsurilor terapeutice cu caracter patogenetic, *desensibilizarea* față de alergenul recunoscut reprezintă mijlocul principal. Obiectivul ideal este desensibilizarea specifică, dar rezultatele sale sînt inegale, condiționate în primul rînd de rigurozitatea execuției. Metoda presupune existența unui serviciu specializat care să dispună de bateria de alergeni, la concentrații „în scară", pentru a se evita accidentele anafilactice (8, 10). În alergia alimentară digestivă, o metodă foarte utilă și sensibilă este ingerarea alimentului în cantități mici și progresive, după o perioadă de excludere și după un tratament complex (cantitatea inițială este de exemplu de ordinul unei picături de lapte). Se dezvoltă în aceste condiții „anticorpii blocanți" (IgA) care împiedică declanșarea unei noi reacții alergice (prioritate față de reaginele IgE în cuplarea cu alergenul).

Desensibilizarea nespecifică rămîne de fapt modalitatea practică la care se recurge curent. Se utilizează în acest scop tratamentul cu ACTH sau piretoterapia. Între aceste măsuri se încadrează și antialergicele clasice (calciu, hiposulfit), antihistaminicele, reticulina. Pentru curele de durată se recomandă triamcinonacet (Kenalog). În continuare se administrează derivații cortizonici.

Un alt obiectiv constă în corectarea deficitului funcțional digestiv (prin acid clorhidric și fermenți), tratamentul complex al afecțiunilor digestive preexistente, combaterea disbiozei intestinale.

Rezultatele obținute sînt foarte inegale. Uneori se obține regresiunea rapidă a manifestărilor, fără recidive ulterioare, alteori însă, ameliorarea este incompletă și trecătoare. Evoluția depinde, în esență, de depistarea corectă și în totalitate a factorilor alergizanți.

Probleme profesionale ale recuperării se ridică rareori.

Incapacitate de muncă care să depășească perioada limitată a unui puseu paroxistic se produce excepțional. Activitatea poate fi reluată fără dificultăți după liniștirea simptomelor.

Scanned with OKEN Scanner

Sînt posibile scoateri repetate din activitate, corespunzător evoluției prin excelență recurențială a proceselor alergice.

Problemele sociale se limitează la cele care decurg din imperativul unor restricții alimentare selective riguroase, de multe ori cu durată mare. Alimentația trebuie asigurată în familie, deoarece unitățile alimentare colective nu sînt în măsură să asigure excluderea totală a produselor netolerate, așa cum se impune în cazul hipersensibilizării.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. FAHRLÄNDER, H. J., *Allergie und Dünndarm*, în *Dünndarmpathologie*, Bibl. Gastroenterologia, fasc. III, Karger Basel, 1960, 169.
2. HAFTER, E., Arch. Mal. App. Dig., 45, 6, 1956, 636.
3. MASSION, J., Arch. Mal. App. Dig., 45, 6, 1956, 626.
4. PĂUNESCU—PODEANU, A., SEROPIAN, E., Medicina Internă XXI. 3, 1969, 363.
5. POPESCU, I. Gr., ZAMFIRESCU-GHEORGHIU, M., COLȚ, E., *Probleme de terapeutică*, Acad. R.P.R. Buc., 10, 4, 1959, 43.
6. POPESCU, I., Gr., OLARU, C., Med. Int., 3, 1969, 371.
7. SARLES, H., GAUTHIER, A. P., CHALVET, H., AMBROISE, L., MAGNAN, F., THIMOTÉE, M., Arch. Mal. App. Dig. 49, 12, 1960, 1662.
8. SEROPIAN, E., *Alergia respiratorie și digestivă*. Ed. medicală, București, 1972.
9. SPÎRCHEZ, T., OPROIU, Al., Med. Int., 11, 1968, 1283.
10. THIERE, H., *Manuel d'allergologie*, Masson, Paris, 1974.
11. WERNER, M., *Krankheiten infolge peroraler Allergenen-Invasion*, în *Lehrbuch der klinischen Allergie* (red. K. Hansen, M. Warner), G. Thieme, Stuttgart, 1967.

Scanned with OKEN Scanner

VII
RECUPERAREA BOLNAVILOR CU ENTEROPATIE CRONICĂ NESPECIFICĂ

Patologia intestinală din zona noastră geografică este dominată de boala cunoscută tradiţional ca „enterocolită". Aceasta reprezintă o afecţiune conturată de multă vreme, dar într-o manieră care a impus serioase revizuiri în ultimele decenii. În concepţia actuală, apare mai justificată denumirea de enteropatie cronică nespecifică. Este vorba de un grup de afecţiuni generatoare de malabsorbţie, iniţiate de factori diferiţi şi deci lipsite de etiologie unitară. Nu au de cele mai multe ori substrat morfopatologic, dar dacă îl dobîndesc, este vorba de o inflamaţie nespecifică şi de reacţii adaptative ale mucoasei (5, 6, 7, 8, 9).

DIAGNOSTIC

Porneşte de la un grup de simptome subiective care, deşi nespecifice, au o mare putere sugestivă prin modul de grupare şi evoluţie în timp (14).

Sindromul enteritic subiectiv constă din intoleranţe alimentare neselective: senzaţie de agitaţie periombilicală, borborisme şi crampe, care pot atinge intensitatea unor colici intestinale. Acuzele pot fi continui dar totdeauna se exacerbează şi eventual apar numai după mese, la emoţii sau ingerarea de lichide reci. Ating amplitudine maximă după consumul produselor alimentare netolerate, care realizează un tablou paroxistic ce se încheie cu debacluri imperioase diareice.

La acestea se adaugă alte simptome ce pot fi grupate în *sindromul jejunal postprandial, sindromul diareic şi sindromul carenţial.*

Examenul fizic precizează caracterul difuz, enterocolic, al afecţiunii.

Explorările paraclinice trebuie totdeauna desfăşurate sistematic. Pentru diagnosticul corect de enterocolită sînt necesare: evaluarea chimismului gastric, cercetarea parazitismului

Scanned with OKEN Scanner

intestinal și cercetarea populării bacteriene. Examenul radiologic apreciază viteza de tranzit de-a lungul intestinului subțire și gros. Rectosigmoidoscopia elimină procese circumscrise și evidențiază eventuala componentă distală a enterocolitei. Testarea digestiei și a absorbției intestinale permite evaluarea cantitativă a gradului de malabsorbție.

Investigația morfofuncțională și bacteriologică evită confuzia cu celelalte enteropatii. Rezultatul terapeutic confirmă diagnosticul. Dacă acest criteriu lipsește, se impune reluarea explorărilor, avîndu-se în vedere în primul rînd posibilitatea parazitozelor, a cancerului enteral sau cecal, a enteropatiei glutenice, mai rar a adenoamelor pancreatice neinsulinosecretante cu diaree (Zollinger—Ellison, Verner—Morrison), a polipozei, tuberculozei, bolii Crohn etc. Afecțiunile circumscrise ale colonului nu generează malabsorbție, iar tulburările de scaun pe care le realizează sînt în realitate false diarei.

Premise etiopatologice și fiziopatologice ale recuperării.

Întrucît nu este vorba de o îmbolnăvire monocauzală, eforturile diagnostice trebuie să urmărească identificarea tuturor factorilor determinanți sau favorizanți care participă la constituirea ei.

Enteropatiile nespecifice secundare sînt induse de alte îmbolnăviri digestive preexistente. În această categorie se cuprind enteropatia parazitară (la care deseori se dezvoltă o floră bacteriană patologică, deficit dizaharidazic, sensibilizări alergice), enteropatia bolnavilor cu stomac operat și enteropatia bolnavilor cu aclorhidrie. Rareori se observă enteropatie la bolnavii cu trecut patent de carență dizaharidazică primară sau de alergie alimentară digestivă. Un grup important îl constituie enteropatiile cronice postinfecțioase.

Enteropatiile primare sînt rezultanta unui concurs de mai mulți factori și niciodată nu pot fi puse pe seama unuia singur.

Se poate presupune că de cronicizarea infecțiilor este responsabilă carența imunoglobulinică locală. Hipogamaglobulinemia reprezintă un risc crescut, verificat față de infecțiile intestinale. S-a insistat asupra pericolului pe care devierile de la igiena alimentară le-ar implica pentru intestin (15, 16). În realitate, alimentele au doar semnificația unui factor relevator care aduce în plan clinic suferințe latente sau care dezechilibrează stări funcționale labile preexistente. Dishormonozele contribuie uneori la realizarea personalității morbide, cu risc crescut față de enteropatii. Aceeași poziție pot avea și unele focare inflamatorii abdominale. O agresiune exogenă, atestată de unii bolnavi, este abuzul de lichide reci sau de pre-

Scanned with OKEN Scanner

parate fermentescibile (13). Sînt cazuri unde accidente disbiotice postantibioterapice realizează momentul inițiator.

Patogeneza însumează cooperarea și intercondiționarea unui număr mai mare de factori. Un element aproape constant este accelerarea tranzitului intestinal, care atrage maldigestie și malabsorbție prin reducerea duratei de contact a produșilor nutritivi cu enzimele și cu suprafața absorbtivă.

Rolul patogenetic al florei intestinale este deosebit de însemnat, exercitat prin numeroase mecanisme. Deprimarea activității enzimatice a intestinului este cunoscută mai ales sub forma carenței dizaharidazice (în 75% din cazuri). Leziunea inflamatorie a mucoasei enterale contribuie la agravarea tulburărilor malabsorbtive.

În cursul evoluției bolii se formează anumite cercuri patogenetice vicioase care explică stabilitatea suferinței, tendința scăzută la regresiune spontană: populare bacteriană — inflamație, carență dizaharidazică — inflamație, hipermotricitate și hiperexcitabilitate — inflamație și tulburări biologice generale.

EVOLUȚIE ȘI COMPLICAȚII

Enteropatia nespecifică reunește o succesiune de perioade de agravare și perioade de acalmie (1, 3). Puseurile de exacerbare sînt declanșate în majoritatea cazurilor de alimente rău suportate prin experiența anterioară sau binecunoscute ca generatoare de diarei (fructe, zarzavaturi în exces, ciuperci, dulciuri, lichide reci, lapte, iaurt, bere, must etc.). În alte cazuri, răspunderea agravării o poartă cure antibiotice orale, expuneri la frig, infecții generale, cure hidrominerale. Durata episoadelor active este de cîteva săptămîni pînă la 2—3 luni.

Remisiunea se obține prin restricții alimentare sau prin aplicarea unei terapii active. Persistă intoleranța față de alimentele care solicită eforturi digestive mari, nu au echivalent enzimatic, stimulează peristaltismul sau favorizează disbioza.

Complicațiile la care expune enterocolita pot fi de ordin general sau local. Din primul grup face parte sindromul de denutriție severă cu multiple manifestări carențiale. Tot aici se încadrează și neuroza secundară, deseori cu o exprimată notă asteno-depresivă. Formele severe pot duce la deficiențe pluriglandulare hipofizo-suprarenale, tiroidiene și gonadice. Local, sînt posibile leziuni inflamatorii infiltrative, mai frecvent cantonate la nivelul cecului și sigmei. Se pot adăuga manifestări rectosigmoidiene și anorectale.

Scanned with OKEN Scanner

PROGNOSTIC

Enteropatia cronică nespecifică reprezintă o problemă însemnată de morbiditate, dar nu de invaliditate și letalitate. Capacitatea de muncă este de regulă păstrată, cu excepţia perioadelor de exacerbare diareică şi a formelor complicate cu stări pluricarenţiale. Din acest punct de vedere prezintă deci un prognostic bun. În ceea ce priveşte însă vindecarea se impun justificate rezerve. Sînt cazuri cînd bolnavii redobîndesc într-adevăr toleranţa alimentară care a premers instalarea sufe-rinţei. Marea majoritate rămîn însă obligaţi la respectarea strictă a unor norme igieno-alimentare şi chiar la utilizarea periodică a medicamentelor. Problema vindecării rămîne rezervată dacă o privim în sensul strict. Susceptibilitatea la accidente diareice rămîne definitivă. Situaţia este încă mai fragilă atunci cînd există defecte funcţionale ireversibile, ca aclorhidria sau carenţa dizaharidazică sau cînd există inflamaţia mucoasei enterale.

Într-un sens mai larg, putem vorbi de vindecare dacă bolnavul se simte bine respectînd norma evitării unor categorii limitate de alimente. Respectînd anumite principii care se pot stabili de comun acord și recurgînd sistematic la medicaţia necesară, bolnavul devine capabil de o activitate normală. Restricţiile pe care trebuie să le respecte nu reprezintă condamnări la incapacitate ci doar soluţii adaptative faţă de o situaţie care este lipsită de progresivitate.

EXPERTIZA MEDICALĂ A CAPACITĂŢII DE MUNCĂ

Recuperarea capacităţii de muncă a deficienţilor cu enteropatii nespecifice și readucerea lor în viaţa socio-profesională activă, implică desfășurarea unui program complex de măsuri. Realizarea acestuia este dependentă de colaborarea mai multor specialişti, între care și a medicului expert, care asigură concediu medical, uneori prelungit și deseori repetat.

Asigurarea unui regim de viaţă echilibrat, cu repartizarea raţională a orelor de muncă și odihnă și cu evitarea surmenajului fizic și intelectual constituie un deziderat principal. Repausul la pat este necesar doar pentru perioadele de exacerbare a diareei sau în denutriţii exprimate. Durata sa nu trebuie prelungită nejustificat.

Criteriile care orientează activitatea de expertiză medicală a capacităţii de muncă în enterocolită sînt variate. Trebuie avută în vedere în primul rînd gravitatea manifestărilor clinice care ar putea perturba desfășurarea activităţii (dureri, tulburări de scaun, astenie, slăbire din greutate) (10). Efortul prestat

Scanned with OKEN Scanner

presupune capacitatea de asigurare a raţiei energetice corespunzătoare, limitată de toleranţa digestivă. Aceeaşi atenţie se acordă condiţiilor ecologice care exercită influenţe negative: consumul de mari cantităţi de lichid, în cazul muncii la temperaturi ridicate (sticlari sau muncitori din industria metalurgică), necesitatea unei raţii antidot de lapte pentru cei expuşi la acţiuni toxice (industria de prelucrare a plumbului ş.a.). O atenţie particulară reţin şi stările de tensiune nervoasă excesivă. Lipsa posibilităţilor de respectare a prescripţiilor igieno-dietetice în cursul programului de activitate poate fi un neajuns important. În funcţie de toate aceste elemente, se indică reluarea activităţii profesionale sau concediu medical şi, foarte rar, pensionare, mai des în gradul III, cu totul excepţional şi strict limitat în gradul II.

RECUPERAREA CAPACITĂŢII DE MUNCĂ

MĂSURI MEDICALE

Spitalizarea se limitează în mod obişnuit la durata cerută de precizarea diagnosticului şi orientarea terapiei. Consolidarea rezultatului se obţine în continuare la domiciliu sau într-o staţiune cu profil de gastroenterologie. Se impune evitarea fumatului din cauza acţiunii peristaltogene a nicotinei. O influenţă negativă exercită de asemenea frigul, prin diminuarea rezistenţei antibacteriene şi prin tulburările motorii pe care le poate declanşa.

Alimentaţia trebuie privită ca un mijloc fundamental de tratament, care devine deseori singur suficient pentru a realiza remisiunea (7, 11, 12). Întocmirea sa se bazează pe respectarea normelor elementare de igienă şi a unor măsuri propriu-zis dietetice. Se tinde neapărat spre asigurarea cît mai rapidă a unei alimentaţii complete, cu interdicţii cît mai puţine. Restricţiile, atunci cînd sînt necesare, trebuie să fie limitate la o cît mai scurtă perioadă de timp.

S-a renunţat la purgaţia iniţială, recomandată mai demult, care accentuează pierderile de apă şi de electroliţi. În formele mai severe, cu scaune numeroase, se aplică la început, pentru 12—24 ore, un regim hidric. Acesta constă din ceaiuri amare sau îndulcite cu zaharină şi eventual zahăr în proporţie de 5%, zeamă de orez, supă de morcovi, supă de zarzavaturi strecurată, cu sare. Regimul hidric poate fi uneori înlocuit de cura de mere rase, utilă cu deosebire la bolnavii inapetenţi sau supuşi unei alimentaţii unilaterale prea multă vreme.

Regimul de introducere corespunde în general primei săptămîni de tratament. El trebuie să asigure o cruţare maximă,

Scanned with OKEN Scanner

astfel, se începe cu 5—8 mese la zi. Acestea constau din orez fiert, supă de carne degresată sau de mucilagii și făinoase, brînză nefermentată, carne slabă fiartă sau la grătar, unt, cantități mici de franzelă (eventual prăjită). Se pot permite sucuri de legume și de fructe, la masă. Atunci cînd există un dezechilibru al proceselor de fermentație și putrefacție, se începe cu o dietă care să restabilească proporția lor normală. Regimul antifermentativ se caracterizează printr-un aport redus de glucide, cu administrarea în exces a proteinelor. Se restrîng deci făinoasele dar se admit totuși fără restricții orezul și supele mucilaginoase. Dulciurile nu sînt admise în faza inițială. Se permit grăsimi, ca untul și uleiul, în cantități moderate. Regimul antiputrefactiv constă din excluderea cărnii și a ouălor. Dintre proteine se permite doar brînza. Se administrează cu preponderență făinoase și dulciuri. Singurele celulozice indicate în etapa de introducere sînt morcovii.

Prin caracterele lor fizico-chimice, unele alimente exercită acțiuni farmacodinamice, care le asimilează cu adevăratele medicamente. Utilizarea acestora creează condițiile unei dietoterapii active, putînd acționa în diverse direcții.

Combaterea diareei se realizează cu ajutorul produselor bogate în tanin (ceai oriental concentrat, suc de afine, de coarne, de gutui), în calciu (brînzeturi) sau în mucilagii (orez);

Combaterea constipației se face prin produse bogate în rezidiu celulozic (legume și fructe). Administrarea se face cu prudență, se recurge mai ales la pasirate și respectiv mere rase, compoturi slab îndulcite. *Adsorbția toxinelor*, acizilor intraluminali, a gazelor, bacteriilor etc. este funcția produselor bogate în pectine. Se folosește în acest scop supa de morcovi, încă din perioada inițială a alimentației, și merele rase (fără coajă, fără semințe).

Alimentația se îmbogățește progresiv, cu prudență, fiecare nou aliment fiind introdus în rații mici. Totdeauna se au în vedere, cînd este cazul, necesitățile de combatere a fermentației și respectiv a putrefacției. Schemele de realimentare calendaristice sînt lipsite de justificare teoretică, iar practic, după experiența noastră, sînt artificiale, imposibil de aplicat. Indicația regimului se face de la zi la zi, singurul criteriu fiind toleranța individuală.

După liniștirea scaunelor și reducerea principalelor semne subiective, obținute în general după prima săptămînă de tratament, putem deveni mai „îngăduitori". Se trece la etapa tratamentului dietetic de *stabilizare*. Cu aceasta se și începe aplicarea regimului în enteropatiile fără diaree și în formele cu

Scanned with OKEN Scanner

numai 1—2 scaune moi la zi. În cursul acesteia se mărește rația de făinoase, se lărgește gama sorturilor de carne și brînzeturi, se permit ouă fierte, pasirate de zarzavaturi tinere, soteu de morcovi, pireu de cartofi. Totodată se ameliorează și micul dejun cu introducerea de cacao cu apă sau cafea surogat. Între mesele principale recomandăm bolnavilor biscuiți, prăjituri de casă, cornuri, tartine cu unt sau șuncă, insistînd totdeauna ca acestea să fie însoțite de un lichid cald. Foarte bune rezultate se obțin prin respectarea zilnică a unei mese intermediare compusă exclusiv din orez cu brînză.

Se ajunge în acest fel, treptat, după cîteva săptămîni, nu rareori cu episoade de revenire la un regim mai sever, în faza de acalmie a bolii. Acesteia îi corespunde regimul de *întreținere*, un regim complet, suficient caloric, cu rație fiziologică de proteine, vitamine și săruri. Trebuie evitat cu multă grijă riscul recăderilor, din acest motiv se exclud din alimentație celulozicele grosolane, dulciurile concentrate, produsele conservate, untura și condimentele iritante. Bolnavii cîștigă de multe ori o intoleranță față de lapte, prin deficit de lactază. Laptele poate fi totuși folosit în preparate făinoase sau chiar simplu, dar în cantități mici, după mîncare. O deosebită atenție impune respectarea regulilor de igienă alimentară. Bolnavii rămîn fragili față de orice influențe nocive digestive, mecanice (celuloza), termice (băuturile și alimentele reci) și chimice. Durata acestor restricții este de cele mai multe ori nelimitată.

Acest regim nu prezintă dificultăți deosebite, respectarea sa este accesibilă și intră în obișnuința bolnavilor. Sînt cazuri care, după cîțiva ani, revin întrutotul la toleranța alimentară anterioară îmbolnăvirii.

În continuare, bolnavul va respecta cu o rigurozitate, care variază cu evoluția, pe termen uneori nelimitat, cîteva principii generale de alimentație:

1. *Respectarea regulilor de igienă alimentară.* Mesele trebuie să fie fracționate, în număr de 5—6 la zi, pentru a se evita supraîncărcarea digestivă și evacuarea precipitată a stomacului. Se respectă regula masticației corecte a meselor luate într-o ambianță relaxantă, într-un interval de timp suficient (2). Se evită consumul de lichide în cursul mesei și cu multă strictețe apa rece. Totdeauna vor fi consumate preparate calde, iar pentru bolnavii în activitate, la mesele compuse în mod inevitabil din hrană rece, se adaugă un ceai cald.

2. *Asigurarea unei alimentații complete și suficiente.* O deosebită atenție se impune pentru combaterea tendinței spontane a bolnavilor de a-și restrînge rația alimentară din teamă

Scanned with OKEN Scanner

față de acuzele postprandiale și în special față de diaree. Diareea este uneori favorizată de însuși medicul care prescrie o dietă de lungă durată și monotonă, sau care scoate în evidență doar interdicțiile, fără a da indicații suficiente asupra formulei practice a rației. *Denutriția prin aport insuficient contribuie frecvent la realizarea stărilor carențiale ale enterocolitei.* În ceea ce privește compoziția, trebuie asigurate toate principiile alimentare de bază, o grijă particulară acordîndu-se rației de proteine, vitamine și săruri. Cantitatea se orientează după pofta de mîncare și după curba ponderală, cu deziderатul apropierii cît mai rapide de alimentația fiziologică.

3. *Respectarea normelor de cruțare digestivă.* Recomandările vizează aici mai multe aspecte:

Cruțarea mecanică: evitarea excesului de celulozice și în mod absolut a produselor cu conținut de celuloză dură (coji, semințe, plante îmbătrînite);

Cruțare termică: evitarea alimentelor și a lichidelor reci. Acțiunea peristaltogenă exprimată a preparatelor reci explică influența nefastă a unor proaste deprinderi de consumare a apei de la frigider, a abuzului de răcoritoare ș.a.;

Cruțarea osmolară: evitarea soluțiilor concentrate de zahăr, practic a dulciurilor (dulceață, miere, marmeladă, lichide zaharate), care sînt susceptibile de a declanșa manifestări reflectorice de tipul sindromului jejunal postprandial;

Cruțare chimică: evitarea condimentelor cu acțiune iritantă asupra mucoasei digestive (ardei iute, piper, muștar, usturoi, ceapă, hrean). Se admit alte ingrediente inofensive, indispensabile pentru realizarea unei varietăți mai mari de gust a alimentelor (pătrunjel, țelină, dafin, scorțișoară, lămîie);

Reducerea solicitării funcționale digestive prin utilizare de produse ușor digestibile. Prin natura lor, se exclud din această categorie carnea de animal bătrîn sau de vînat, care sînt bogate în țesut conjunctiv, brînzeturile uscate și în primul rînd cele fermentate, untura și slănina. Conservarea reduce mult digestibilitatea alimentelor și introduce deseori în compoziția lor substanțe cu acțiune iritantă. Se recurge de aceea la produse proaspete în general și dintre conservate la șuncă, sardele neafumate. În pregătirea culinară se acordă prioritate fierberii și friptului la grătar, evitîndu-se prăjitul în grăsime.

Nu există mijloace terapeutice cu acțiune etiologică, dată fiind pluralitatea cauzală a enterocolitei. Tratamentul se limitează de aceea la măsuri patogenetice și simptomatice.

Se pot diferenția mai multe obiective ale terapiei patogenetice.

Scanned with OKEN Scanner

1. *Terapia antibacteriană şi de restabilire a eubiozei intestinale* care are următoarele indicaţii: populare bacteriană a intestinului subţire, risc crescut de populare, reprezentat prin aclorhidrie şi stomac operat, disbioză colică, reflectată în coprocultură, dezechilibrul proceselor de fermentaţie şi putrefacţie, exacerbări după antibioterapia orală pentru infecţii intercurente. Pentru realizarea acestui obiectiv se pot administra; *sulfamide neresorbabile* (Ftalilsulfatiazol), mijloc de electie lipsit de incidenţe şi furnizînd bune rezultate, sau *antibiotice cu spectru larg,* ca Tetraciclina sau mai puţin Cloramfenicolul, Streptomicina, pe cale orală. Un rol auxiliar revine derivatelor oxichinoleinice (Saprosan, Mexaform). Durata curelor este de 5—7 zile. Se asociază cu regularitate complexul vitaminic B pentru a favoriza înmulţirea germenilor fiziologici şi prevenirea carenţelor rezultate din deprimarea biosintezelor bacteriene.

Posibilităţile insuficient explorate, dar promiţătoare, aşa cum rezultă din experienţa existentă, oferă terapia de „implantare" bacteriană. Au fost utilizate în acest scop: b. coli, b. subtilis, b. bifidus, b. lactic.

Rezultatele favorabile ale tratamentului antibacterian se apreciază după remisiunea manifestărilor clinico-coprologice, dispariţia germenilor patogeni din sucul jejunal şi fecale, diminuarea bacteriilor cu saprofitism enteral, ca b. coli (fără a se obţine sterilizarea conţinutului), reducerea activităţii de consum competitiv exercitată asupra produşilor nutritivi. Accidente se provoacă de obicei dacă se administrează doze mai mari sau cure mai lungi de o săptămînă. Cloramfenicolul are capacitatea de a stimula peristaltismul la unii bolnavi, ceea ce explică unele agravări ale diareei.

2. *Combaterea accelerării tranzitului* este indicată ori de cîte ori există sindromul hipermotricităţii postprandiale (cu sau fără debacluri imperioase), sindrom coprologic de tip enteral sau transport rapid al substanţei de contrast la examenul radiologic. Practic, marea majoritate a bolnavilor necesită acest tratament. Se realizează cu anticolinergice sintetice: Probanthin, Neopepulsan, Helkamon; derivate atropinice (Foladon); derivate de scopolamină (Scobutil); codeină (se evită opiaceele majore din cauza pericolului de obişnuinţă).

Rezultatele se concretizează în creşterea toleranţei faţă de alimente, în dispariţia acuzelor enterale subiective şi diminuarea numărului de evacuări. Examenul radiologic evidenţiază încetinirea tranzitului concomitent cu hipotonia exprimată a anselor intestinale. Deficitul absorbtiv diminuă. Durata te-

Scanned with OKEN Scanner

rapiei este de 3—6 săptămîni, cu reluare promptă la reapariţia semnelor de exacerbare a afecţiunii. Incidentele sînt lipsite de importanţă. Constau exclusiv din fenomene secundare de tip atropinic, mai reduse după produsele sintetice care constituie de aceea mijlocul electiv.

3. *Combaterea hiperexcitabilităţii enterale* este indicată la bolnavii cu sindrom jejunal patent sau frust şi chiar atunci cînd, imediat după ingerarea de alimente, apar balonări, senzaţii de agitaţie abdominală şi borborisme. Se realizează prin ingerare, cu 10—15 minute înainte de fiecare masă, a unui anestezic de contact: soluţie de novocaină 1—2%. Consecutiv dispare neliniştea abdominală habituală la enteritici. Medicaţia continuă pe toată durata perioadei active. Este bine tolerată şi de bolnavii care la administrarea parenterală prezintă reacţii alergice la novocaină.

4. *Modificarea conţinutului intraintestinal cuprinde mai multe aspecte:*

Fixarea acizilor rezultaţi în exces din procesele fermentative. Se administrează calciu carbonic (interprandial, pentru a evita fixarea unor compuşi ai alimentelor).

Adsorbţia toxinelor, a produşilor metabolici iritanţi, a gazelor şi a bacteriilor. Cel mai utilizat adsorbant este cărbunele medicinal recomandat atunci cînd există meteorism accentuat cu semne dispeptice gazoase. Exclusiv asupra gazelor acţionează derivaţii de silicon (Polisiloxan), care acţionează pe principiul terapiei antispumoase, rupînd prin acţiune tensioactivă membranele ce înglobează bulele de gaz.

5. *Stimularea secreţiei de mucus* şi sporirea capacităţii autoprotectoare a mucoasei este indicată în diareele trenante sau cu inflamaţie. Se administrează pulberi inerte şi în primul rînd carbonat de bismut.

6. *Corectarea deficitului clorhidrosecretor şi enzimatic.* Aclorhidria nu trebuie corectată dacă este compensată, ci numai dacă se însoţeşte de manifestări carenţiale sau diaree. Acţiunea acidului clorhidric nu constă în modificarea pH intragastric şi deci în activarea pepsinogenului şi nici în restabilirea barierei acide antibacteriene. Cantitatea este mult mai scăzută decît debitul fiziologic de HCl, în administrarea intermitentă. Are loc în schimb o stimulare a secreţiei de hormoni duodenali, cu rol reglator asupra proceselor digestive. Efectul asupra diareei este în majoritatea cazurilor evident din primele zile ale terapiei. Administrarea se face timp de 3—4 săptămîni, pînă la completa restabilire, fiind reluată periodic la 2—3 luni.

Scanned with OKEN Scanner

Pentru substituţie enzimatică dispunem de preparate de fermenţi pancreatici. Există (în faza experimentală) şi preparate de dizaharidază. Enzimoterapia este indicată în insuficienţa pancreatică verificată, în aclorhidrie sau gastrectomie, în prezenţa unor cantităţi mari de resturi alimentare în scaune ca şi în meteorismul accentuat.

7. *Corectarea carenţelor biologice* este necesară în anemia feriprivă, hipovitaminoze, tetanie, osteopatie carenţială etc. În puseele diareice severe se impune şi restabilirea echilibrului hidroelectrolitic. Avînd în vedere caracterul de durată al malabsorbţiei, este necesară suplimentarea raţiei vitaminice şi ferice prin preparate medicamentoase administrate periodic. Anabolizantele proteinice (Madiol, Naposim, Decadurabolin) îşi au locul lor demonstrat.

8. *Corticosteroidoterapia* devine necesară în formele trenante cu denutriţie şi cu deosebire în prezenţa alteraţiilor jejunale sau a procesului alergic. Se poate prescrie ACTH (perfuzii) sau Prednison.

9. *Sedarea corticovegetativă.* Dobîndeşte în enterocolită semnificaţie patogenetică, întrucît se repercutează asupra mecanismelor reglatorii ale motricităţii şi reflectivităţii intestinale. Obişnuit se administrează bromuri şi barbiturice. Cazurile izolate care prezintă componentă nevrotică mai pregnantă, cu notă anxioasă sau obsesională, beneficiază de tranchilizante. Psihoterapia se integrează acestor măsuri, fiind axată pe obţinerea cooperării bolnavului, îndepărtarea temerilor nejustificate şi instituirea disciplinei igieno-alimentare. În măsura în care bolnavii sînt eliberaţi de complexe de infirmitate, se poate vorbi de recuperarea lor psihică. Acceptarea unor restricţii alimentare, care de fapt nu alterează modul normal de existenţă şi de activitate, fără dezvoltarea reacţiilor depresive, constituie un moment favorizant pentru menţinerea acalmiei.

10. *Măsurile terapeutice simptomatice* completează acţiunea de recuperare medicală. Ele se suprapun cu mijloacele patogenetice, cum este situaţia medicaţiei antispastice şi adsorbante. Pe lîngă anticolinergice, se recurge în plus şi la Papaverină, preparate complexe ca Lizadonul, injecţii de Magneziu Sulfat sau Novocainã. O terapie „antidiareică" simptomatică, nu se practică. Astringentele, care au fost mai de mult folosite, sînt părăsite din pricina acţiunii lor discutabile şi a efectelor hepatotoxice. Opiaceele (tinctura de opiu) rămîn indicate doar excepţional şi doar pentru cîteva zile, în diareele care ameninţă cu dezechilibru hidromineral însemnat. Terapia de combatere a constipaţiei poate deveni la rîndul său necesară în unele pe-

Scanned with OKEN Scanner

rioade. Se indică lărgirea alimentației și introducerea de celulozice în primul rînd. Se poate recurge și la ulei de parafină, Galcorin. Dacă reflexul de defecație și-a pierdut ritmicitatea prin evacuările numeroase și dezordonate, se prescriu temporar supozitoare de glicerină.

Manifestările anorectale necesită, la rîndul lor, o terapie locală adecvată: antiinflamatorie (Hidrocortizon), antibacteriană (Sulfamidă, tetracicline), eventual antimicotică, anestezică (Cocaină, Anestezină). Administrarea se face sub formă de unguent, supozitoare sau microclisme medicamentoase.

11. *Fizioterapia*. În tratamentul enterocolitei un rol important revine aplicațiilor de căldură. Acestea se pot face sub formă uscată sau, mai eficient, umedă. Se aplică termofor sau comprese, după masă. Acțiune favorabilă, — antispastică și sedativă generală, calmantă a motricității — au și băile calde generale sau parțiale. Acestea intensifică totodată circulația splanchnică și favorizează resorbția gazelor, contribuind la obținerea remisiunii.

În formele dureroase cu mezentero-epiploită sau cînd domină procesele inflamatorii circumscrise (tiflită, pericolită), se aplică unde scurte. Pentru acțiunea lor roborantă, la bolnavii în faza de remisiune, sînt indicate și razele ultraviolete. Băile marine sînt contraindicate, din cauza temperaturii scăzute a apei.

Radioterapia antiinflamatorie poate fi luată în discuție în cazuri izolate, dominate de periviscerită.

12. *Cure hidrominerale* constituie mijloace terapeutice care nu sînt luate în considerare decît în situații particulare. Acțiunea lor rezultă din influențele conjugate ale climatului, scoaterii din mediu, repausului psiho-fizic, alimentației dietetice și ale apelor ingerate. Indicația este deci condiționată de asigurarea acestui întreg complex de factori, adică de cura sanatorială cu profil gastroenterologic. Beneficiază cu deosebire bolnavii lipsiți la domiciliu de condiții corespunzătoare pentru consolidarea rezultatelor obținute în staționar. În egală măsură sînt utile și pentru condițiile de concediu oferite. Ingerarea apelor minerale atrage însă uneori activări ale unei enterocolite stabilizate, cu deosebire după doze intempestive sau ingestia lor la temperatură scăzută. Apele vor fi luate fracționat, în cantități mici și întotdeauna încălzite. Se testează răspunsul cu multă prudență.

Mecanismul de acțiune al apelor în cura internă variază cu proprietățile fizico-chimice (4). Apele clorurosodice stimulează peristaltismul și sînt deci utile doar pentru enteriticii cu transport încetinit la nivelul colonului, dischinezii, coprostază. Apele

Scanned with OKEN Scanner

bicarbonatate stimulează secreţia biliopancreatică. Apele calcaroase au o acţiune antifermentativă, antialergică şi prezumptiv antiinflamatorie. Apele carbogazoase stimulează secreţia clorhidrică dar şi peristaltismul. Cu precauţii ar putea fi utile la enterocoliticii cu secreţie clorhidrică scăzută. Sînt lipsite de utilitate la aclorhidricii histaminorefractari, întrucît nu pot corecta această insuficienţă secretorie cu substrat organic.

Sînt cu totul contraindicate apele sulfatate magneziene şi sulfuroase clorurate, cunoscute pentru efectele lor purgative. Acestea aparţin terapiei colitelor segmentare, fără malabsorbţie, din stadiul complicat al constipaţiei sau din colonul iritabil.

Apele sulfatate sodice activează secreţiile digestive. Prin acţiunea lor coleretică amplifică peristaltismul intestinal şi favorizează digestia lipidică. Sînt indicate de aceea în formele cu tiflostază, atonie colică, constipaţie.

În enteropatiile nespecifice cu tendinţă la diaree, se administrează în cura internă ape alcaline, sulfatate sodice, şi calcice, cît şi akratoterme. La noi în ţară dispunem de ape alcaline cu un conţinut variat de calciu (Slănicul Moldovei, Sîngeorz, Borsec, Malnaş), care conţin şi bioxid de carbon. Ionul de calciu joacă un rol activ ca antiinflamator. Inhibă totodată secreţia intestinală excesivă şi diminuă excitabilitatea neuro-musculară (4).

Staţiunile indicate trebuie alese şi din punct de vedere al condiţiilor climaterice. Se recomandă altitudinea mică pentru efectele sale calmante. Curele hidrominerale sînt strict contraindicate în perioadele diareice sau în denutriţia marcată.

Procedurile hidroterapeutice trebuie completate cu programe de cultură fizică medicală. Balneoterapia intră la rîndul său în programul de recuperare, prin acţiunea generală nespecifică. În acest scop, sînt aplicate în cură externă apele termale slab mineralizate şi eventual radioactive, cu acţiuni calmante, antispastice, de reglementare a motricităţii enterale şi a vascularizaţiei mezenterice (staţiunile 1 Mai, Felix, Herculane). Se poate recurge şi la aplicaţii abdominale de nămol încălzit. Au fost părăsite irigaţiile intestinale de tip „enterocleaner“ care sînt lipsite de justificare ştiinţifică şi pot avea în plus urmări negative.

13. *Gimnastica medicală*. Pentru sporirea rezistenţei generale, întărirea musculaturii abdominale şi creşterea capacităţii de muncă au un mare rol exerciţiile fizice zilnice (în aer liber), mai ales pentru sedentari şi de asemenea procedurile hidroterapice. Respectarea unei continue igiene a activităţii contribuie

Scanned with OKEN Scanner

la prevenirea dezechilibrărilor rezultate din suprasolicitările fizice și psihice de durată.

14. *Posibilități terapeutice chirurgicale.* Enteropatia nespecifică aparține patologiei medicale și beneficiază prin excelență de mijloace conservative de tratament. Există totuși situații cînd apar necesare unele intervenții. Este în primul rînd vorba despre apendicopatia cronică, atunci cînd întreține tulburări tonomotorii intestinale, pe cale reflexă, sau cînd coexistă unei staze cecale, neinfluențate pînă aici. Indicația operatorie se face numai după liniștirea puseului enterocolitic și dacă durerea apendiculară este persistentă. Se va explora cu multă grijă întreaga zona ileocecală pentru excluderea altor afecțiuni malabsorbtive cu sediul la acest nivel (Boala Crohn, tuberculoza, cancerul). Deși se cunosc bolnavi care au beneficiat în însemnată măsură de apendicectomie, valoarea acesteia nu trebuie exagerată, indicația se va face deosebit de judicios și cu multă rezervă, într-o fază intestinală cît mai bună.

Sînt încă mai reduse la număr ocaziile cînd sînt recomandabile intervenții asupra sferei genitale la femei, pentru înlăturarea unor influențe patogenetice majore.

MĂSURI SOCIOPROFESIONALE DE RECUPERARE

În mod obișnuit, bolnavii își redobîndesc capacitatea de activitate în curs de cîteva săptămîni. Sînt instruiți să recurgă la mese intermediare și pe durata activității, constituite din hrană rece (tartine cu șuncă sau unt, brînză, o prăjitură dietetică, un ou etc.), totdeauna în asociere cu un lichid cald (la nevoie transportat în termos). Sînt puține cazurile cînd devine necesară acordarea unui concediu medical de mai multe luni. Cu totul excepțional se impune încadrarea temporară în invaliditate, din cauza prelungirii unei perioade de exacerbare cu sindrom carențial sever. Problema se pune cu deosebire pentru anumite profesiuni, care, suprasolicitînd bolnavul, implică totodată factori cu influențe extrinseci negative (siderurgie, transporturi, mediu forestier ș.a.). Dificultăți reale în respectarea regulilor de alimentație întîmpină și cei care se deplasează zilnic, cînd se poate pune problema reorientării profesionale. Tinerii cu enterocolită cronică nu vor fi orientați către profesiuni care solicită eforturi fizice mari sau consum mare de lichide și nici spre locuri de muncă ce implică deplasări lungi.

O măsură esențială pentru bolnavii care nu-și pregătesc masa în familie este organizarea unor secții dietetice la cantine. Devine necesară diversificarea alimentației la toate can-

Scanned with OKEN Scanner

tinele-restaurant. La locul de muncă se găsesc soluţii simple pentru pregătirea unui ceai cald spre a se evita consumarea de apă rece.

Bolnavii sînt în măsură să ducă o viaţă activă, să participe la toate formele de manifestare. Nu îi grevează nimic din ceea ce ar putea fi privit drept apanaj al invalidităţii. În acest sens, trebuie ajutaţi psihoterapeutic să se sustragă preocupărilor excesive faţă de boală, reacţiilor obsesivo-fobice şi de devianţă psihică.

Urmărirea dinamică a adaptării şi readaptării lor în muncă, respectarea curelor de odihnă şi acordarea de bilete pentru staţiuni cu profil de gastroenterologie, completează seria mijloacelor sociale ale recuperării. Medicul expert asigură, după necesităţi, repausul profesional necesar şi sprijină aplicarea oricărui act recuperator.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. BEIUL, E. A., *Hroniceskie enteritî*, Medghiz, Leningrad, 1961.
2. BURKITT, P., Spectrum, 1, 1976, 11.
3. De BUSSCHER, G., *Les maladies de l'intestin grêle*, Ed. Erasme, Paris, 1955.
4. CRĂCIUN, C., MARIN, Fl., PUŞCĂ, P., Clujul Medical, 2, 1972, 593.
5. FODOR, O., DUMITRAŞCU, D., Arch. Mal. App. Dig., 55, 5, 1966, 421.
6. FODOR, O., DUMITRAŞCU, D., Viaţa Medicală, 22, 1969, 1513.
7. FODOR, O., DUMITRAŞCU, D., *Enterocolita cronică*, Ed. medicală, Bucureşti, 1970.
8. FODOR, O., DUMITRAŞCU, D., Med. Int., 9, 1972, 1079.
9. HENNING, N., BAUMANN, W., *Lehrbuch der Verdauungskrankheiten*, Ed. G. Thieme, Stuttgart, 1956.
10. MARIN, Fl., *Curs elementar de expertiză medicală şi recuperarea capacităţii de muncă*, I.M.F. Cluj, 1973.
11. MINCU, I., *Tratat de dietetică*, Ed. medicală, Bucureşti, 1974.
12. PAVEL, I., *Dietetica fiziopatologică şi clinică*, Ed. medicală, Bucureşti, 1963.
13. POPESCU, I., Gr., *Diareea cronică*, Ed. medicală, Bucureşti, 1958.
14. PORGES, O., *Bolile intestinului*, Ed. Stat, Bucureşti, 1946.
15. * * * * *Simpozionul Enteropatiile cronice inflamatorii*, Cluj 1968, (volumul cu rezumate).
16. * * * * Al II-lea Congres naţional de gastroenterologie, secţ. *Enteropatia cronică nespecifică*, Bucureşti, 1971, (volumul rapoarte şi rezumate).

Scanned with OKEN Scanner

VIII
RECUPERAREA BOLNAVILOR CU ENTEROPATIE GLUTENICĂ

(CELIACHIE, SPRUE NOSTRAS)

DEFINIȚIE, DIAGNOSTIC

După vîrsta afectată, în cadrul *steatoreei idiopatice* din zona temperată, s-a diferențiat *celiachia* la copii și *sprue nostras* la adulți. Este vorba în realitate de aceeași boală, cu particularități legate de vîrstă. Ambele variante s-au dovedit glutenodependente. Majoritatea adulților cu sprue au prezentat celiachie în copilărie. Boala este în general mai severă la copii. În țara noastră se observă mai rar, cu incidență mai crescută în clinica pediatrică. La adulți domină formele fruste, asemănătoare cu enterocolita cronică (6, 13).

Pentru diagnostic este foarte sugestivă triada *diaree cu steatoree, slăbire, creștere în volum a abdomenului.* Evidențierea atrofiei vilozitare este un indiciu de mare valoare, deși nespecific. Examenul radiologic arată dilatații intestinale difuze, dispariția reliefului, hipersecreție, pliuri îngroșate și neregulate sau ștergerea lor, fragmentări ale coloanei opace. Tranzitul intestinal este mult încetinit (14). Malabsorbția poate atinge grade foarte severe (8, 12).

Preponderența formelor fruste în zona noastră geografică impune ca enteropatia glutenică să fie discutată în toate diareele cronice refractare, mai ales în prezența leziunilor vilozitare atrofice (6).

Criteriul major il constituie remisiunea simptomelor după eliminarea glutenului din alimentație. Dieta de probă este urmată de ameliorări prompte la 90% din bolnavi. Rezultatul este alteori evident abia după 3—4 luni, eventual după corectarea factorilor patogenetici asociați. Controlul endobioptic verifică regresiunea atrofiei și — mai ales la tineri — chiar restabilirea imaginii normale. Se impun explorări și în direcția carenței dizaharidazice (lactazice în principal) sau a alergiei alimentare, pentru a se putea aplica măsurile dietetice corespunzătoare.

PREMISE ETIOPATOGENETICE ȘI FIZIOPATOLOGICE

Enteropatia glutenică rezultă dintr-o eroare biochimică înnăscută: deficit enterocitar, de L-glutaminil-peptidază. În mod secundar, se manifestă intoleranța față de făină de grîu, ovăz și secară. Factorul nociv este fracțiunea proteinică, insolubilă în apă, glutenul. La rîndul său, aceasta se compune din gliadină și glutenină (11); ambii componenți sînt incriminați în apariția bolii, un rol mai important revine gliadinei, bogată în glutamină. Incapacitatea de digestie a glutaminpeptidelor explică creșterea glutaminemiei după ingerarea de gluten. Pe această bază s-a elaborat testul toleranței la gliadină, cu utilitate diagnostică.

Nu este precizat mecanismul patogenetic. Faptul că leziunile mucoasei sînt maxime pe duoden și jejunul proximal, acolo unde și concentrația de gluten este mai mare, indică o acțiune locală. În același sens pledează și producerea de leziuni la orice nivel dacă se instilează glutenul prin sondă. Principala alterație morfologică este atrofia vilozităților. Aceasta rezultă dintr-o descuamare epitelială exagerată, care depășește capacitatea de regenerare *(enteropatie exfoliativă)*. Gradul atrofiei este variabil: anomalii minore de formă, atrofie parțială, atrofie subtotală. Activitatea enzimatică epitelială este prăbușită, enterocitul prezintă importante alterații electronomicroscopice. Distrucția celulară pare să rezulte din permeabilizarea lizozomilor cu eliberarea enzimelor proteolitice (9, 11).

La realizarea leziunilor contribuie și carența malabsorbtivă de acid folic, factor indispensabil regenerării celulare. La rîndul său, infecția bacteriană secundară explică o parte din simptome. Tulburarea proceselor absorbtive atrage importante carențe nutritive (7, 11).

EVOLUȚIE NATURALĂ, COMPLICAȚII

Boala evoluează cronic, cu perioade de agravare și cu ameliorări parțiale. Exacerbările sînt produse de creșterea rației de gluten sau de influențe nespecifice (infecții intercurente, suprasolicitări psihice). Simptomele pot fi exacerbate și de intervențiile chirurgicale gastrointestinale, infestațiile parazitare, enteritele infecțioase. Deseori lipsesc însă condiționări evidente. Netratată, poate duce la osteomalacie, distrofie, tetanie, hemoragii, anemie carențială (feriprivă sau prin deficit de acid folic). Cu vîrsta, manifestările se remit la o parte din bolnavi.

Scanned with OKEN Scanner

PROGNOSTICUL

S-a îmbunătăţit radical prin introducerea regimului fără gluten. În etapa anterioară, mortalitatea atingea 5% din bolnavi. În prezent se poate obţine vindecarea clinică, uneori şi cea morfologică. Defectul enzimatic ereditar obligă însă la perpetuarea restricţiilor alimentare.

EXPERTIZA MEDICALĂ

Capacitatea de muncă a adulţilor cu enteropatie glutenică este în general păstrată, cu vîrsta manifestările clinice se remit la o parte din bolnavi. Totuşi, se poate ajunge la un raport discordant între restantul morfofuncţional intestinal şi solicitările locului de muncă, ca urmare a unor suferinţe asociate (infestaţii, enterocolite infecţioase, tulburări hidroelectrolitice, alte afecţiuni digestive sau extradigestive) ori prin creşterea solicitărilor profesionale sau activarea în condiţii ambientale nefavorabile de lucru. Urmînd metodologia cunoscută, diagnosticul capacităţii de muncă nu întîmpină greutăţi. Pierderea capacităţii de muncă este excepţional de rară şi numai temporară. Se poate întîlni reducerea capacităţii de muncă pentru persoane care efectuează eforturi fizice mari în locuri de muncă stressante şi cu pierderi hidroelectrolitice mari, cum ar fi: activităţile în subteran, metalurgişti etc., care vor fi transferaţi în alte locuri de muncă corespunzătoare capacităţii lor funcţionale şi eventual încadraţi în gradul III de invaliditate. În timpul perioadei de invaliditate se va respecta planul de recuperare.

RECUPERAREA

MĂSURI MEDICALE

ACŢIUNI CARE URMĂRESC REMISIUNEA SIMPTOMELOR

Accentul s-a pus întotdeauna pe alimentaţia dietetică. Prin experienţă clinică, empiric, fără o explicaţie teoretică, a fost remarcat efectul favorabil al anumitor regimuri restrictive. Seria dietelor recomandate în decursul timpului începe cu regimul de banane, preconizat de Gee, care constatase evoluţia bună a celiachiei la un copil alimentat zilnic cu banane şi reapariţia simptomelor după trecerea sezonului acestor fructe. Cu acest prilej, Gee întrevede că „dacă boala poate fi vindecată complet, aceasta se va realiza prin dietă". Ulterior au mai fost utilizate cu rezultate favorabile dietele unilateralizate apoi combinate, de lapte, smîntînă, brînză sau carne, fructe şi legume pasirate. Rezultatele pozitive se pot explica prin intervenţia a 4 factori: absenţa glutenului, conţinutul redus în gră-

Scanned with OKEN Scanner

simi, bogăţia în proteine, aportul relativ redus în dizaharide (lactoză şi mai ales zaharoză).

Regimul fără gluten a devenit principala măsură terapeutică odată cu înţelegerea rolului patogenetic al acestei substanţe. Este vorba de excluderea din alimentaţie a derivatelor de grîu, secară, orz şi ovăz. Realizarea regimului trebuie să ţină seamă de următoarele condiţii (4, 13 ş.a.): excluderea să fie absolută; alimentaţia să rămînă totuşi suficientă, variată şi completă; să fie atractivă pentru bolnavi, pregătirea ei să nu ridice prea multe dificultăţi, costul să nu fie ridicat; să fie respectată timp îndelungat.

Primul principiu pare uşor de respectat. Se elimină din consum, pîinea, pastele făinoase, arpacaşul, preparatele de patiserie (biscuiţii, grisul). Se evită totodată preparatele culinare care folosesc făina: sosurile, supele cu făinoase, şniţelele. Abundenţa tot mai mare de preparate alimentare industrializate cu o compoziţie complexă derutează însă de multe ori, încît se pot produce erori prin consumarea unor derivate disimulate de cereale (făină sau malţ). De aceea trebuie îndepărtate conservele de carne şi peşte în sos, supele-praf, conservele de fasole uscată. Tot astfel şi anumite dulciuri, cum sînt: zaharicalele cu malţ, marţipanul, caramelele, cremele, unele varietăţi de ciocolată şi îngheţată. În aceeaşi serie sînt cuprinse şi unele preparate nutritive pentru copii, ca Lactimaltin, uleiul din germeni de grîu, berea, unele specialităţi de muştar ş. a.

Locul principal pe care îl au în alimentaţie derivatele de grîu va fi ocupat de cartof, orez, porumb şi făină de soia. Cu disciplină, înlocuirea derivatelor glutenice poate fi realizată fără dificultăţi deosebite. Pînă la crearea noilor obişnuinţe, problema care se ridică cu deosebire, este renunţarea la pîine. Varietatea preparatelor poate fi asigurată prin proceduri culinare cît mai diferite. Este necesar ca bolnavii şi aparţinătorii să cunoască şi să fie convinşi de necesitatea respectării stricte a normelor expuse. În ceea ce priveşte medicul, adeseori el „trebuie să se dubleze într-un detectiv şi să interogheze zilnic, să controleze noptierele, să vorbească familiei. Va fi surprins aflînd că bolnavul sau familia sa nu pot să creadă că un biscuit sau un corn pot face rău".

Rezultatele regimului fără gluten sînt unanim apreciate ca foarte bune (4). Mortalitatea, care, înainte era ridicată, este considerată în prezent nulă, pentru cazurile depistate din timp. Ameliorarea se instalează curînd după excluderea glutenului. Pentru evaluare se folosesc mai multe criterii:

Scanned with OKEN Scanner

a). *Clinic:* numărul și volumul scaunelor diminuă, abdomenul regresează în dimensiuni, greutatea crește, se reduce rapid senzația de balonare și flatulență, se remit semnele carențiale și denutriția, dispare starea de astenie. Ameliorarea se resimte din primele zile, dar devine netă după 3—4 luni. În multe cazuri, restabilirea biologică se obține abia după intervale de 6—12 luni de restricție glutenică (13).

b). *Morfologic:* leziunile atrofice ale mucoasei intestinale se reduc treptat, din prima săptămînă se înregistrează modificări histochimice și enzimatice. La tineri este posibil ca aspectul endobioptic să revină în întregime la normal. La adult, leziunile sînt de regulă ireversibile (10) chiar după diete restrictive de lungă durată, în contrast cu evoluția clinică favorabilă. Și aici însă au fost semnalate normalizări ale mucoasei (1). Se apreciază că se reduc mai rapid leziunile distale, care sînt în general mai discrete; leziunile de pe intestinul proximal rămîn persistente sau chiar dacă dispar, dispar ultimele (3). Sînt încă puține datele morfologice dinamice care să precizeze intervalul cerut pentru ameliorarea histologică și incidența reală a acesteia.

c). *Funcțional:* testele de absorbție se ameliorează progresiv pînă la valori fiziologice pentru toate principiile alimentare. Deficitul dizaharidic poate să dispară paralel cu refacerea echipamentului enzimatic enterocitar, bolnavii redobîndind astfel capacitatea de utilizare a laptelui. O mare parte din bolnavi rămîn însă cu steatoree reziduală și cu tulburări absorbtive moderate definitive.

Privite comparativ, diferitele statistici oferă cifre discordante asupra eficienței regimului fără gluten. Intervin în acest sens durata inegală a observației, variabilitatea individuală a intervalului după care survine regresiunea, diferențele de gravitate, factorii patogenetici asociați, disproporția numerică dintre loturile studiate etc. Eșecul terapeutic se datorește de multe ori incorectitudinii regimului, prin erorile sau prin indisciplina bolnavului.

După o primă fază de entuziasm exagerat se apreciază în prezent că, la o parte din bolnavi, regimul fără gluten nu este suficient singur, pentru a produce vindecarea. Excluderea glutenului nu poate fi — în mod absolut — răspunsul complet la problema steatoreei idiopatice (5). În primul rînd sînt necesare măsuri dietetice care privesc alți produși alimentari. Reducerea rației de lipide poate fi utilă cu deosebire în puseele diareice, cu steatoree accentuată. Sindromul coprologic este mai rapid influențat în acest fel. Explicația este urmă-

toarea: grăsimile neabsorbite sînt degradate parţial de bacterii şi apar produşi iritanţi care determină crampe, flatulenţă, diaree apoasă. Restricţia lipidică de durată atrage însă insuficienţe nutritive calorice. În ultima perioadă sînt tot mai larg folosite trigliceridele cu lanţ mediu, care se absorb mai uşor, chiar în prezenţa insuficienţei enterocitare. Se ştie că acizii graşi (sub 10°C) sînt transportaţi ca atare, fără a mai fi resintetizaţi în lipoproteine, la nivelul celulei, fiind apoi revărsaţi în circulaţia sanguină portală. Excluderea lactozei este indispensabilă la bolnavii cu deficit lactazic, relevat prin anchetă şi prin testul de încărcare orală. Această restricţie este de regulă tranzitorie. Se revine apoi progresiv la raţia uzuală de lactate, pe măsură ce se reface epiteliul intestinal (14).

În enteropatia glutenică există de asemenea mijloace de tratament care combat factorii patogenetici secundari, asociaţi agresiunii glutenice iniţiatoare.

1. *Corticosteroidoterapia* este indicată datorită acţiunii sale antiinflamatorii nespecifice şi stabilizatoare a membranelor lizozomale. Participă deci la stingerea reacţiei inflamatorii din corion şi împiedică eliberarea în citoplasmă a enzimelor proteolitice care produc necroză celulară. Este indicată în cazurile severe şi în cele refractare la regimul fără gluten. Se face chiar o diferenţiere între enteropatia glutenică sensibilă la dietă restrictivă, observată mai frecvent, şi enteropatia care necesită asocierea terapiei cortizonice (5). Rezultatele sînt spectaculare, mai ales în puseele acute ale bolii şi privesc starea generală, pofta de mîncare, steatoreea, edemele. Sînt semnalate în acelaşi timp şi ameliorări ale absorbţiei. Toţi cercetătorii sînt de acord să recunoască rapiditatea şi cvasiconstanţa rezultatelor favorabile produse de cortizon. Acesta nu reprezintă un „tratament curativ“ şi într-adevăr, întreruperea cortizonoterapiei este urmată de recădere în săptămînile următoare, dacă a fost aplicată în mod izolat. Indicaţia rămîne de aceea doar ca asociere la regimul fără gluten, rezervată cu deosebire puseelor grave, unde permite înlăturarea unor situaţii dramatice (2). Se realizează cu Prednison sau Superprednol în cure de 3—6 săptămîni.

2. *Antibioterapia* este indicată întotdeauna, concomitent cu regimul, la bolnavii cu participare infecţioasă importantă: sindrom febril, specii bacteriene patogene în coprocultură, sau în lumenul jejunal, complicaţii septice. Se realizează cu preparate ce au spectru larg de acţiune (tetraciclinele). Chiar atunci cînd este folosită izolat, antibioterapia duce la remisiuni, dar

Scanned with OKEN Scanner

acestea sînt trecătoare. Durata curei este în general de şapte zile.

3. *Acidul folic* constituie un adjuvant foarte util datorită efectului său de stimulare a regenerării epiteliale. Acţiunea este însă mai netă asupra anemiei megaloblastice carenţiale, care se dezvoltă adesea în cursul bolii.

Corectarea tulburărilor biologice este un alt obiectiv terapeutic la care trebuie să recurgem sistematic. Combaterea anemiei se face — după tipul patogenetic — cu fier, acid folic, vitamină B_{12}. Deficienţele hidroelectrolitice se remediază prin perfuzii de ser fiziologic şi glucozat, administrare de potasiu, calciu. Hipoproteinemia impune, pe lîngă dieta hiperprotidică şi perfuzii cu hidrolizate de proteine, anabolizante proteinice, acid aspartic. Vitaminele A, D, K sau B_2 sînt cuprinse în programul de recuperare în prezenţa semnelor specifice de carenţă.

Simptomatic, se acţionează asupra meteorismului (cărbune, derivaţi de silicon), durerilor abdominale (antispastice), inapetenţiei (insulină). Cînd există indicii de alergizare alimentară, se exclud din raţie produsele respective şi se face desensibilizarea nespecifică (ACTH, cortizon).

ACŢIUNI CARE URMĂRESC PREVENIREA RECĂDERILOR

După obţinerea vindecării clinice, însoţite sau nu de o vindecare morfologică, singura preocupare este de a se evita consumul de preparate glutenice. Întrucît defectul enzimatic ce stă la originea intoleranţei are un caracter ereditar, durata restricţiei va fi nelimitată. Se cunoaşte totuşi că manifestările pot regresa uneori spontan, evoluînd deci ondulant, cu pusee şi remisiuni. Cu vîrsta, se manifestă o certă tendinţă la creşterea toleranţei faţă de gluten, aşa cum indică şi faptul că sprue la adulţi este mai puţin sever decît celiachia la copii. De la pubertate mulţi bolnavi pot folosi alimentaţia obişnuită. Uneori boala devine chiar inaparentă putînd fi relevată doar la agresiuni enterale suplimentare (intervenţii chirurgicale, infecţii, parazitoze). Chiar stress-ul psihic este în măsură să declanşeze noi exacerbări. Profilaxia puseelor evolutive se realizează deci pe multiple căi şi are în vedere evitarea acestor factori declanşatori.

Suplimentările vitaminice şi cu fier contribuie la menţinerea echilibrului biologic, ori de cîte ori prezintă defecte absorbtive, chiar moderate.

Scanned with OKEN Scanner

De cele mai multe ori reintroducerea glutenului în alimentație este urmată rapid de reapariția simptomelor și a leziunilor atrofice.

Balneofizioterapia poate fi luată în discuție ca și în enterocolita cronică pentru situații particulare, niciodată ca regulă.

Psihoterapia joacă un rol important. Se recomandă demersuri pentru a-l convinge pe bolnav că restricțiile ce i se impun nu trebuie privite ca o infirmitate și că întreaga sa capacitate de activitate rămîne nealterată dacă se respectă principiile de tratament.

Cultura fizico-medicală urmărește consolidarea rezultatelor obținute prin mijloacele etiopatogenetice. Exercițiile vor fi cotidiene, dar numai pînă la limita oboselii.

PROBLEME SOCIALE

Frecvența scăzută a bolii în țara noastră nu a impus preocupări pentru industria alimentară de a livra pîine fără gluten sau diferite alte preparate dietetice care să respecte principiul de bază. Problema rămîne restrînsă la sfera familială și bolnavii trebuie să-și asigure alimentația în acest cadru. Este important să se fixeze noile deprinderi nutritive recomandate și să se asigure necesarul caloric, varietatea meniului și rația de principii esențiale (12).

În tehnologia culinară pot intra diverse rețete adecvate, fără dificultăți semnificative: pîine din amidon de grîu, biscuiți din același produs, prăjituri cu griș de mei, tort din cartofi, patiserie cu făină de porumb etc. Se consumă liber mălaiul, meiul, orezul și cartoful, în orice formă, amidonul de grîu, toate fructele și legumele crude sau pregătite, lapte și derivatele lactate (dacă nu este vorba de carență lactazică), toate grăsimile și uleiurile, carnea, peștele, ouăle, zahărul, mierea, cacao, ciocolată simplă, nucile, castanele.

ASPECTE PROFESIONALE ALE RECUPERĂRII

Școlarizarea de cultură generală și profesională a copiilor cu enteropatie glutenică se face în școlile obișnuite. Tinerii cu această suferință trebuie orientați către profesiuni (și apoi selectați către locuri de muncă) ce permit pregătirea individuală a hranei. Alimentația colectivă nu poate satisface cerințele riguroase ale dietei necesare. Locul de muncă trebuie să fie ales nu prea departe de domiciliul bolnavului, astfel ca să se poată asigura alimentele tolerate. În general acești tineri rămîn într-o anumită măsură debilitați fizic, astenici, chiar în condițiile unui regim bine echilibrat, cu tendință la diarei

Scanned with OKEN Scanner

recurențiale și la tulburări hidroelectrolitice. Se evită profesiunile care solicită eforturi biologice mari sau mijlocii, precum și locurile de muncă cu disconfort caloric. Temperaturile ridicate, de peste 25°C, predispun la pierderi cutanate hidroelectrolitice și contribuie la perturbarea echilibrului hidroelectrolitic, dealtfel labil la acești suferinzi. Se contraindică deci profesiunile de miner (și activitățile subterane de orice fel), activității în metalurgie (furnaliști, formatori, miezari), activitățile în sectorul forestier etc. Sînt indicate activitățile tehnice, meșteșugărești, de orice fel, și activitățile de birou, tehnicieni, desenatori, opticieni. În mediul agricol se indică activități în anexele cooperativelor agricole, în atelierele meșteșugărești sau artizanale ale acestora. Sînt contraindicate și activitățile ce solicită manipularea produselor care conțin gluten: morar, vînzător în magazinele cu produse de patiserie, panificație. Tinerii înscriși în școlile profesionale comerciale vor fi îndrumați spre magazinele cu produse electrice, metalice, chimice etc.

Reorientarea profesională se pune rar. Se va recurge la schimbarea locului de muncă după principii cunoscute.

Urmărirea readaptării în muncă a bolnavului, după trecerea puseului acut, este un deziderat de mare răspundere al medicului din teren. Se cere o continuă influență asupra bolnavului pentru a păstra regimul dietetic, precum și a-și asigura un ritm de viață și de muncă echilibrat cu evitarea suprasolicitărilor fizice sau psihice, a infecțiilor intercurente.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. BAYLESS, Th. M., YARDLEY, J. H., HENDRIX, Th. R., Arch. Intern. Med. 1, 1963, 83.
2. COOKE, W. T., *Adult celiac disease*. ed. G. B. J. Glass, *Progress in gastroenterology*, Grune a. Stratton, New-York, 1968.
3. DOBBINS, W. O., BRANDBORG, L. L., FRICK, A. L., MacDONALD, C., PARKINS, R. A., TRIER, J. S., RUBIN, C. E., Amer. J. Dig. Dis. 11, 1964, 785.
4. EMONS, D., BOHM, E. R., ROTTHAUWE, H. W., Dtsch. Med. Wschr, 38, 1974, 1847.
5. FINKEL, M., GELB, A. M., COHEN, N., PEN-PING HO, JANOWITZ, H. D., Amer. Journal Gastroent., 47, 1967, 35.
6. GHEORGHESCU, B., OPROIU, Al., VASILESCU, Fl., APOSTEANU, G., JOVIN, Gh., RUCĂREANU, I., Med. Int. 10, 1971, 1197.
7. MANCIAUX, M., Presse Méd, 53, 1961, 2435.

Scanned with OKEN Scanner

IX
RECUPERAREA BOLNAVILOR CU BOALĂ CROHN

DEFINIȚIE, DIAGNOSTIC

Este vorba de un proces inflamator segmentar și infiltrativ, care poate afecta orice porțiune a tractului digestiv de la esofag la canalul anal. Leziunea are de regulă caracter granulomatos asemănător sarcoidozei; se poate însă prezenta și ca inflamație nespecifică. Evoluția este cronică, cu exacerbări și remisiuni spontane. Are tendință sclerozantă și se complică deseori prin suprainfecție. Se distinge și o formă evolutivă acută, dar de multe ori aceasta nu este decît un puseu evolutiv al procesului cronic preexistent, ignorat. Nu este demonstrată o legătură sigură cu adevăratele ileite acute, care sînt prin excelență reversibile. După sediu, se folosesc denumiri variate: ileită terminală, ileită segmentară, jejunită segmentară, colită granulomatoasă etc. Singura cuprinzătoare apare în prezent cea de „boala Crohn" (de la prima descriere făcută în 1932 de Crohn, Ginzburg și Oppenheimer).

Posibilitățile de diagnostic variază mult cu localizarea procesului (2, 3, 9).

Ileita terminală (reprezentînd 80% din totalitatea cazurilor) este recunoscută în baza durerilor din fosa iliacă dreaptă, mai extinse decît cele din apendicită și însoțite de modificări palpatorice. Examenul radiologic este singura investigație care poate aduce elemente sigure de diagnostic. În fazele recente, ileonul apare dilatat, hipoton, cu defecte granulare sau lacunare („ileită foliculară", „edematoasă"). Uneori se vizualizează imagini spiculiforme, ulcerative. Segmentul poate fi alteori contractat, intolerant, greu de pus în evidență. Stadiile de fibroză se caracterizează prin stenoză, urmate progresiv de dilatări suprastenotice. Proba cu atropină diferențiază contracturile spastice de strîmtările organice.

Diagnostic diferențial. Tuberculoza intestinală poate fi recunoscută pe baza trecutului ftizic, al afectării ileocecale difuze și eventual a localizărilor etajate. Distincția poate de-

veni imposibilă în stadiul stenotic. Limfogranulomatoza este diagnosticată exclusiv în contextul unui sindrom ganglionar extins. Limfosarcomul evoluează cu stare generală mai alterată. Certitudinea ne-o oferă în multe cazuri intervenţia chirurgicală (5). În formele cu localizare pe colon este necesar diagnosticul diferenţial cu rectocolita hemoragică (19).

Formele sau puseele acute expun la confuzii cu apendicita acută. Lipsa contracturii, extinderea mai largă a durerii spre linia mediană, reacţia leucocitară moderată, dar cu deosebire palparea cordonului ileitic ar putea îngădui expectativa, evident sub o urmărire corectă. În lipsa condiţiei etiologice sigure a unei limfadenoileite, cum ar fi o viroză, riscul abţinerii de la apendicectomie poate fi prea mare. Astfel se explică proporţia însemnată de adenolimfite abdominale cu ileite, observate de regulă la copii şi tineri, care sînt supuşi din prudenţă intervenţiei chirurgicale.

Localizările extraileale impun analiza diferenţială în primul rînd faţă de cancer. Colita granulomatoasă trebuie diferenţiată de rectocolita hemoragică şi există numeroase indicii în acest sens: lipsa leziunilor rectale, fistulele perianale, lipsa formaţiunilor polipoide, caracterul segmentar al modificărilor, raritatea sîngerărilor abundente, atingerea necirconferenţială. Este de mare ajutor pentru diagnostic prezenţa de spiculi la examenul radiologic. În toate cazurile se asociază leziuni ale ileonului terminal.

PREMISE ETIOPATOGENETICE ŞI FIZIOPATOLOGICE

Originea bolii nu este cunoscută. S-a precizat că infecţia bacteriană se adaugă secundar, prin grefare pe leziunile constituite şi răspunde doar de unele complicaţii. Evoluţia recurenţială şi eozinofilia tisulară au sugerat natura alergică, infirmată însă. O influenţă psihică există cu siguranţă, aşa cum arată rolul declanşator de noi exacerbări, pe care îl au stările emoţionale negative şi stările de stress. Este însă vorba de un factor adjuvant, care singur nu poate iniţia boala. Asocierea constantă a unei limfangeite şi adenite mezenterice, posibilitatea dezvoltării bolii după limfadenite acute (virale de regulă), au sugerat intervenţia unor leziuni limfoganglionare ca moment cauzal. Se insistă mult asupra modificărilor imunitare, fără a se cunoaşte semnificaţia lor. Autoanticorpi antiintestinali nu au fost identificaţi decît izolat şi atunci adresîndu-se celulelor caliciforme şi nu enterocitelor. Există în schimb hemaglutinine faţă de variante O_{14} a bacilului coli, probabil cu apariţie secundară. Explorările imunocelulare demonstrează o

hipersensibilitate de tip întîrziat faţă de conţinutul intestinal şi o citotoxicitate a limfocitelor faţă de epiteliul colic uman. Nu este exclus ca acest ultim aspect să fie indus de bacterii. Stimularea limfoblastică nespecifică (fitohemaglutinina) este diminuată, sugerînd un deficit în sistemul imunitar celular.

Relaţia posibilă cu sarcoidoza a fost reactualizată recent. Un factor genetic este evident, din distribuţia geografică particulară a bolii şi mai ales din aglomerarea familială semnificativă. Apariţia predilectă în decada a doua şi a treia de viaţă, uneori remiterea procesului la vîrsta înaintată, ar putea indica tulburări de reactivitate. Este posibil ca agresiuni nespecifice, de natură variată, care generează reacţii inflamatorii intestinale, să ducă — în condiţii particulare — la dezvoltarea procesului infiltrativ cronic, deseori granulomatos (8). Particularităţile structurale ale ileonului terminal, cu deosebire bogăţia în ţesut limfatic, ar explica localizarea predilectă de aici, favorizată eventual şi de staza fiziologică supravalvulară.

EVOLUŢIE NATURALĂ — COMPLICAŢII

Forma acută a bolii Crohn poate fi discutată doar în legătură cu ileita terminală. Aceasta reproduce tabloul ileitei reacţionale din limfadenita abdominală mezenterică. Urmărită dinamic, este reversibilă în marea majoritate a cazurilor. Alteori, se face însă în continuare trecerea spre ileita crohniană cu evoluţie progresivă stenozantă. În asemenea situaţii, este posibil să fi intervenit doar un puseu congestiv — edematos peste leziuni de tip cronic, pînă atunci latente.

Aspectul reprezentativ de boală Crohn evoluează cronic, recurenţial. Perioadele de exacerbare alternează cu remisiuni parţiale. Mersul ondulant marchează în timp o agravare progresivă care exprimă extinderea leziunilor şi transformarea scleroasă. Progresiv se poate constitui o stare de denutriţie. Obiectiv se constată împăstare difuză ileocecală sau numai ileonul contractat şi infiltrat, sensibil la presiune sau scleros, după fază. Complicaţiile cele mai frecvente sînt stenozele. Ele reprezintă o fază evolutivă obişnuită (scleroasă) la care se ajunge întotdeauna dacă nu s-a acţionat terapeutic şi, de multe ori, cu tot tratamentul făcut.

Abcesele şi fistulele rezultă din suprainfecţia leziunilor şi survin la 30—60% dintre bolnavi. Deschiderea se face la exterior sau în alte organe abdominale. Relativ frecvent, se produc fistule perianale prin difuzarea descendentă a inflamaţiei şi a infecţiei. Acestea pot atrage urmări severe asupra perineului. Evoluţia îndelungată a fistulelor poate duce la amiloidoză.

Scanned with OKEN Scanner

Prin diseminarea infecției se pot dezvolta abcese secundare în vecinătate sau la distanță.

Sînt posibile stenoze ureterale sau cuprinderea anexelor uterine în blocul inflamator sclerozant. În cazurile severe se pot produce hepatite granulomatoase, pancreatite sclerozante, nefrite. Se asociază uneori și manifestări extradigestive de natură imună (poliartrită, eritem nodos). Perforațiile în cavitatea peritoneală liberă se produc doar excepțional, din cauza aderențelor timpurii. Melena este semnalată de asemenea ca raritate. Apariția unui cancer pe segmentul lezat este posibilă. În prezența diareei se ajunge la denutriții severe. Întreruperea circuitului enterohepatic al sărurilor biliare duce la diarei cologene, prin efect catartic asupra colonului (ileonul terminal este sediul electiv al absorbției sărurilor biliare).

Localizarea esofagiană evoluează cu strictură care sugerează un proces malign și duce totdeauna la intervenție chirurgicală.

Localizarea gastrică expune la aceeași confuzie din cauza modificărilor segmentare de tip infiltrativ. Poate duce la stenoză antropilorică sau la fistulă gastrocolică. Mucoasa prezintă ulcerații care pot deveni sursă de sîngerări (6).

Jejunita segmentară evoluează ca o enteropatie, cu sau fără diaree, însoțită de semnele unei stenoze progresive.

Colita granulomatoasă produce dureri circumscrise, diaree sau constipație și mai rar sîngerări. La palpare pot fi evidențiate modificări de aspect tumoral. Complicațiile mai frecvente sînt fistulele interne; cele colo-parietale sînt rare și rezultă din deschiderea unor abcese stercorale. Sînt posibile — dar într-o proporție redusă — dilatația acută toxică și ocluzia (10, 12, 18).

EXPERTIZA MEDICALĂ A CAPACITĂȚII DE MUNCĂ

Pe durata puseelor evolutive sau la bolnavii cu complicații, se acordă concediu medical. Reîncadrarea, după liniștirea procesului sau după rezolvarea operatorie, impune asigurarea unor condiții nestressante, a unui ritm egal de activitate și a unor eforturi care să nu suprasolicite. Se evită turele de noapte, naveta, deplasările care creează probleme de odihnă și alimentație. Dacă durata puseului acut se prelungește, sau în cazul formelor cu potențial evolutiv mare, este necesară încadrarea în invaliditate (de regulă în gradul II) pe o perioadă de 6 luni, după care se face revizuirea și aprecierea în funcție de situația concretă. Între puseele evolutive, capacitatea de muncă este de regulă păstrată, dacă starea biologico-funcțională este bună și dacă profesiunea deficientului este compati-

Scanned with OKEN Scanner

bilă cu păstrarea regulilor de igienă generală și a dietei. Apariția recidivelor este neprevizibilă, uneori la cîteva luni de zile, alteori la 10—15 ani. Recidivele sînt mai frecvente la tineri decît la adulți. La bolnavii cu complicații severe sau cu exereze enterale mai largi de 50 cm, capacitatea de muncă rămîne redusă pe o perioadă nelimitată de timp. Se poate pune problema reorientării profesionale, dacă vechea profesiune solicită eforturi mari, presupune factori stressanți sau, prin condițiile de microclimat, accentuează tulburările hidroelectrolitice.

Complicațiile uro-genitale, abcesele, fistulele, sindroamele aderențiale cu fenomene de subocluzie repetate, determină pierderea de durată a capacității de muncă și încadrarea în gradul II de invaliditate.

Bolnavii cu ileostomie cutanată după colectomie totală au capacitatea de muncă pierdută. Dacă este lezat plexul sacrat, prin adăugarea tulburărilor sfincteriene se poate pierde și autoservirea, încît devine indicată încadrarea în gradul I de invaliditate.

RECUPERAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ

MĂSURI MEDICALE DE RECUPERARE PRIMARĂ

Deși cauza bolii nu este cunoscută, natura inflamatorie a procesului patologic care o caracterizează, asocierea secundară a infecției și, la o parte din cazuri, accelerarea tranzitului și malabsorbția, deschid perspectivele unei terapii patogenetice și funcționale judicios orientate (9, 15).

MĂSURI CU CARACTER GENERAL

Repausul la pat este indispensabil în perioadele evolutive, cu febră, diaree și denutriție. În fazele de remisiune bolnavul își continuă activitatea, organizîndu-și programul după normele igienice obișnuite, evitînd surmenajul, expunerile prelungite la frig și suprasolicitările nervoase.

Psihoterapia reprezintă un auxiliar prețios pentru restabilirea echilibrului psihic al bolnavilor care de multe ori sînt labili și neliniștiți de evoluția prelungită și ondulantă a suferinței. În toate cazurile este indicată terapia sedativă cu influență favorabilă și asupra tulburărilor motorii enterale.

Alimentația trebuie să respecte regulile unui regim complet, de cruțare. Gradul restricțiilor variază cu tulburările intestinale și cu toleranța individuală. Rația calorică trebuie să asigure totdeauna refacerea ponderală. Este necesar un conținut ridicat de proteine și vitamine. Se limitează aportul de

celulozice și tot astfel cel de fructe crude și dulciuri. Excluderea laptelui este suficientă uneori pentru a suprima diareea. Toleranța scăzută pentru grăsimi impune de regulă restrîngerea lor.

MĂSURI CU CARACTER PATOGENETIC

Tratamentul antiinflamator. Încercările de a acționa direct asupra procesului inflamator circumscris, care constituie esența bolii, se situează în fruntea mijloacelor de terapie patogenetică. Necesitatea de a satisface acest deziderat se impune cu atît mai mult, cu cît inflamația poate duce, prin evoluția ei, la alterații ireversibile (scleroză).

Au fost încercate pînă în prezent multe din mijloacele antiinflamatorii nespecifice cunoscute (4, 9, 11, 17).

1. *Medicamentele antiinflamatorii clasice* („antireumatice"), au cîștigat o bună reputație. S-au obținut rezultate îndeosebi cu aspirina, mai puțin cu salicilatul de sodiu. Se recunosc calitățile lor cu deosebire pentru tratamentele de durată. Sînt posibile totuși, recidive, chiar în cursul administrării lor. Recent s-au introdus și alte preparate *(Indomethacin).*

2. *Salazopirina* este utilizată cu bune rezultate și în boala Crohn, după experiența favorabilă din tratamentul rectocolitei hemoragice. Se administrează după aceleași principii. Cura de atac, cu doze mai mari, este continuată cu o cură de întreținere și apoi cu scurte cure repetate periodic.

3. *Tratamentul suprarenocortical* este mult mai discutat în legătură cu boala Crohn. Există opinii care îi neagă locul în terapia acesteia, în opoziție cu altele care îi acordă un credit mare. În ansamblu, nu a confirmat speranțele inițiale și rezultatele obținute sînt „mult mai puțin strălucitoare" — cum se apreciază — în comparație cu cele din rectocolita hemoragică.

Influența tratamentului se manifestă cu deosebire asupra febrei și semnelor subiective, contribuind astfel la refacerea stării de nutriție și la regresiunea steatoreei. Nu există încă suficientă experiență și nici reculul de timp necesar pentru a se putea face, în prezent, evaluarea exactă a acestui tratament. Tot astfel încă nu se știe în ce măsură aduce beneficii privind profilaxia recidivelor și a evoluției spre stenoză.

ACTH-ul este considerat ca avînd acțiune superioară în fazele acute. Se recomandă inițial doze mari, timp de cîteva zile, pînă, la remisiune. În continuare se administrează doze mai reduse, periodic la una-două pe săptămînă. Tratamentul poate fi efectuat de însuși bolnavul, după modelul insulinoterapiei. Administrarea se face și în cure discontinui.

Scanned with OKEN Scanner

Derivații de cortizon au avantajul administrării orale, ceea ce face să aibă o răspîndire mai largă. Schema de tratament cuprinde o fază inițială de atac și o fază de întreținere. Durata totală se extinde pînă la 2—3 luni, în funcție de rezultate. Din cauza pericolului de recidive, se impune prelungirea tratamentului și după obținerea remisiunii. Este imposibil să se stabilească schematic o durată limită de tratament. Sînt autori care recomandă o prelungire indefinită.

Tratamentul corticosteroid nu are indicații de rutină. Se recurge la el doar în cazurile care s-au dovedit refractare față de terapia patogenetică susținută, de tipul celei utilizate în enteropatiile nespecifice, ca și față de aspirină. Durata mare a tratamentului obligă la o selecție riguroasă a bolnavilor. Incidentele sînt cele obișnuite în terapia intensivă și prelungită. Nu au fost semnalate niciodată perforații intestinale.

Asocierea delta-cortizonului cu doze moderate de aspirină pare să întrunească avantajele unui tratament activ, cu cele ale riscului minim, ceea ce îi conferă calitatea aplicabilității îndelungate.

Nu trebuie pierdută din vedere administrarea în continuare a hormonilor la bolnavi care vor fi supuși intervenției chirurgicale.

Dacă rezultatele imediate ale cortizonoterapiei sînt evidente, constînd din afebrilizare, refacere generală, suprimarea diareei, reducerea durerilor și remisiunea imaginilor radiologice de tip inflamator, apreciate la distanță, ele sînt îndoielnice. În ansamblu, bolnavii supuși tratamentului cortizonic de durată fac mai frecvent complicații infecțioase și necesită în proporție mai ridicată intervenția chirurgicală decît cei netratați.

4. *Terapia „imunodepresivă"* cu Azathiopirină s-a dovedit eficientă în primul rînd datorită acțiunii antiinflamatorii pe care o exercită (16). Se aplică după aceeași schemă ca în rectocolită, cu urmărirea periodică a reacției leucopenice. Nu există încă o experiență suficientă.

5. *Radioterapia este puțin folosită.* În contrast cu rezultatele bune indicate de unele statistici, evaluate chiar la 50% din cazuri, și cu posibilitatea chiar a vindecării clinice, alți observatori îi neagă orice valoare. Eterogenitatea rezultatelor se datorește probabil lipsei de uniformitate a loturilor tratate și a tehnicilor de iradiere. Restabilirea anatomică, apreciată radiografic, este obținută rareori. Și cu această metodă, ameliorarea cuprinde în primul rînd fenomenele clinico-funcționale.

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul antibiotic. Combaterea florei bacteriene patogene este obligatorie în prezența unei diarei persistente sau atunci cînd examinările evidențiază disbioză intestinală. Sulfamidele greu resorbabile (Ftalilsulfatiazol) sînt cele mai mult folosite datorită inocuității lor. Cura se face ca și în enterocolită, pe o durată maximă de o săptămînă. Antibioticele sînt rezervate cazurilor cu germeni virulenți. Alegerea lor se va face, pe cît posibil, în conformitate cu sensibilitatea. În ileitele stenozante cu sindrom de „ansă stagnantă" sînt recomandabile antibioticele cu spectru larg. Acestea au o poziție majoră și în complicațiile infecțioase.

Un loc aparte în acest cadru îl ocupă tratamentul antituberculos. Recurgem la acesta atunci cînd nu putem trança diagnosticul diferențial între boala lui Crohn și tuberculoza intestinală („terapie de probă"). Tuberculostaticele devin obligatorii la bolnavii la care se începe tratamentul cortizonic în prezența unei suspiciuni oricît de neînsemnate de ileită bacilară.

Combaterea diareei. Acest obiectiv este încadrat în mod obișnuit în tratamentul simptomatic. Totuși, prin tulburările malabsorbtive pe care le antrenează, diareea influențează nefavorabil evoluția ileitei. Tratamentul antidiareic are în vedere o verigă patogenetică a bolii. Mijloacele disponibile sînt variate: frenatoare ale peristaltismului (anticolinergice, codeină), modificatoare ale mediului intraintestinal (calciu, bismut).

Restabilirea echilibrului biologic. Deși leziunile morfologice sînt de cele mai multe ori localizate, boala Crohn reprezintă o suferință mai largă, capabilă să provoace tulburări carențiale a căror combatere poate deveni de primă necesitate. Trebuie să avem astfel în vedere pierderile de lichide și de săruri din puseele acute, cu scaune numeroase și de asemenea, carențele vitaminice, cu deosebire B și K, corectabile prin administrare parenterală. Anemia este tratată corespunzător mecanismului patogenetic: de regulă este feriprivă, rareori este megaloblastică, prin deficit de acid folic sau vitamină B_{12}. Sînt cazuri în care se impune corectarea hipoproteinemiei sau a deficitului de calciu, potasiu.

Tratamentul simptomatic are ca obiectiv suprimarea durerilor, de obicei cantonate la nivelul fosei iliace drepte, alteori însă avînd caracterul unor crampe difuze sau al crizelor subocluzive.

Măsurile chirurgicale. Disputele stîrnite de problema intervențiilor chirurgicale sub aspectul indicației și al metodei, tind

Scanned with OKEN Scanner

să se atenueze (13). În prezent s-a conturat deja o conduită însușită de aproape toți observatorii cu experiență. Tratamentul chirurgical al bolii lui Crohn apare ca o soluție de necesitate și nu de alegere. Pe de altă parte „neintervenția într-un caz necomplicat a devenit singura axiomă a tratamentului în ileita regională".

Indicația operatorie este o urgență în perforații, în ocluzii sau în hemoragii masive. Ea este luată de asemenea în considerare la bolnavii cu stenoze, fistule sau alte complicații locoregionale.

Ileita necomplicată se menține în limitele terapiei conservative. Există o singură excepție: ileita cu diaree severă, neinfluențată de mijloacele dietetice și medicamentoase. Chiar în această situație, indicația operatorie este impusă tot de o complicație și anume de sindromul malabsorbtiv secundar. Înainte de a dirija bolnavul spre serviciul de chirurgie, se impune epuizarea tuturor posibilităților conservative: tratament susținut și de durată suficientă. Caracterul reversibil sau ireversibil al leziunii poate fi luat ca și criteriu de orientare. Diferențierea nu poate fi făcută însă în baza aspectului radiologic, decît dacă se asigură o urmărire mai prelungită.

În formele acute, intervenția este contraindicată ca principiu, deoarece ele au tendință spontană la remisiune și chiar la vindecare. În practică, diferențierea față de apendicita acută este însă aproape imposibilă, și din acest motiv se execută aproape totdeauna laparotomia cu diagnosticul de sindrom abdominal acut. În cazul bolii Crohn, apendicele este indemn. Explorarea regiunii evidențiază modificările caracteristice bolii: segment ileal cu pereți îngroșați, turgescenți, de consistență crescută, rigizi, cu seroasă congestivă. Mezenterul este îngroșat, edematos, pe o întindere care de regulă depășește segmentul ileitic, în sens proximal. Sînt prezente multiple adenopatii în această fază.

Primul gest terapeutic care se impune în fața acestui tablou intraoperator este infiltrarea bogată cu novocaină a mezenterului. Imediat ileonul se modifică: culoarea se normalizează, supleţea se restabilește, undele peristaltice reapar. După intervenție se observă frecvent remisiuni care pot echivala chiar cu vindecarea. Pentru verificarea diagnosticului se impune sistematic biopsia ganglionară.

O dilemă greu de rezolvat este generată de precizarea atitudinii față de apendice. Aceasta este reflectată de însăși evoluția istorică a concepțiilor terapeutice. La prima vedere soluția cea mai corectă constă în extirparea apendicelui indemn.

Scanned with OKEN Scanner

Prin acest act se exclude riscul unor crize ulterioare veritabile de apendicită, care, interpretate ca noi pusee ileitice și neoperate pot avea o evoluție fatală. Sînt citate cazuri de apendicită gangrenoasă care au scăpat astfel intervenției salutare. Reacția de asanare apendiculară metodică a chirurgilor a fost frînată mai tîrziu de unele statistici care demonstrau numărul ridicat al fistulelor granulomatoase postapendicectomice (30% din cazuri). De aici a decurs tendința inversă de lăsare pe loc a apendicelui și în orice caz, de circumspecție deosebită. Statistici mai ample au arătat însă că incidența fistulelor nu diferă semnificativ între bolnavii apendicectomizați și neapendicectomizați, unde chirurgul s-a limitat la laparotomie exploratoare.

S-a revenit în acest fel la poziția mai veche. Riscurile de fistulizare sînt de fapt mici, atunci cînd cecul și apendicele nu sînt cuprinse în procesul inflamator crohnian. Dacă inflamația cuprinde însă și aceste segmente, ablația apendicelui expune sigur la fistulizare. Recomandări șablonice nu pot fi făcute, conduita se stabilește doar intraoperator. În orice caz, o eroare care trebuie întotdeauna evitată este extirparea apendicelui, cu sau fără alterații macroscopice, fără explorare sufficientă retrogradă a ileonului.

În formele cronice, momentul optim al intervenției corespunde fazelor de acalmie și va fi precedat de un tratament intraspitalicesc de cel puțin 10—15 zile. Acesta are în vedere restabilirea biologică și liniștirea tulburărilor intestinale funcționale.

Tipurile de operație care se iau în considerare sînt derivația și rezecția intestinală.

Intervențiile derivative au avut în trecut o largă utilizare, datorită simplității tehnice și a mortalității operatorii reduse. În prezent scurtcircuitările sînt însă privite ca intervenții de mare necesitate. Se recurge la ele doar atunci cînd nu este posibilă exereza primară a segmentului bolnav: stare generală alterată, condiții locale care fac imposibilă execuția tehnică (fistule multiple, abcese largi, anse conglomerate în bazin). Derivațiile reprezintă în principiu intervenții de etapă, menite să asigure exereza într-un al doilea timp și în condiții mai bune.

Rezecția intestinală este aproape unanim considerată ca intervenția de elecție (1, 4, 11, 14, 18). Superioritatea sa constă într-o ameliorare clinică mai promptă și în evitarea complicațiilor de tipul „ansei oarbe". Incidența recidivelor este mai scăzută decît după derivații. O problemă esențială constă în

Scanned with OKEN Scanner

stabilirea corectă a limitei de rezecție (secțiune în țesut sănătos la 10 cm de segmentul afectat). Toți autorii sînt de acord că simpla orientare vizuală și palpatorie este insuficientă pentru aprecierea extinderii leziunii. Se recomandă examen histologic extemporaneu, atît de la nivelul inciziei proximale cît și al celei distale, pentru ca secțiunea să poată fi făcută în țesut sănătos. Se atrage în mod deosebit atenția asupra stabilirii secțiunii proximale după întinderea alterațiilor mezenterului și nu după ale celor intestinale. Se evită în acest fel apariția de noi recidive. În același scop s-a propus ca rezecția să fie făcută „după principiul oncologic": rezecție intestinală asociată cu rezecție mezenterică extinsă. Tehnica actuală permite asemenea intervenții largi, limitate doar de pericolul malabsorbției prin lipsă de suprafață intestinală.

Nu trebuie trecută cu vederea posibilitatea localizărilor intestinale multiple, separate prin segmente indemne. Acestea pot fi evidențiate doar printr-o examinare metodică.

Refacerea continuității tractului intestinal se asigură prin anastomoză termino-terminală. Vechiul tip de anastomoză latero-laterală este cu totul contraindicat. Anastomoza trebuie să fie făcută la un nivel cît mai proximal. În mod ideal se recomandă ileo-ileoanastomoza, iar dacă segmentul terminal al ileonului este prins, ileo-cecoanastomoza. Atunci cînd leziunile descind sub valvula ileocecală, rezecția se completează cu o colectomie parțială dreaptă. Dacă starea precară a bolnavului a impus o derivație, exereza se execută ca al doilea timp al tratamentului chirurgical.

De scurtcircuitare beneficiază exclusiv localizările duodenale ale bolii.

Problema intervenției poate fi ridicată și la bolnavii care se prezintă pentru fistule ano-rectale. Deoarece acestea reprezintă complicații cu oarecare frecvență ale bolii Crohn, este necesar ca înainte de a se trece la rezolvarea lor — cînd sînt aparent primitive — să se practice investigații care să precizeze dacă în realitate nu este vorba de această boală. Rezultatele imediate sînt totdeauna evidente, consecințe ale suprimării focarului inflamator și totodată ale reflexelor patologice generate de acesta.

Tratamentul bolii lui Crohn este prin excelență rezultatul cooperării medico-chirurgicale. Acesta începe cu orientarea conduitei terapeutice. Afecțiunea nu poate fi considerată ca rezolvată printr-o simplă intervenție. Bolnavii vor rămîne în continuare supuși regulilor igieno-dietetice și unui tratament

Scanned with OKEN Scanner

medicamentos de durată. Această atitudine contribuie la reducerea riscurilor unor noi pusee evolutive.

Recidivele postoperatorii. Evoluția în pusee a bolii nu poate fi influențată de intervenția chirurgicală, atîta timp cît factorii patogenetici, încă necunoscuți, rămîn neînlăturați. Incidența recidivelor variază între 9,6 și 63%, după durata de observație a diferitelor statistici. Frecvența lor crește cu vechimea intervenției: cifra de 25%, calculată în 1943, a crescut la 50% în 1951, pentru același lot de bolnavi, urmărit în continuare (4).

Printre factorii cărora li se atribuie un rol în apariția recidivelor se semnalează vîrsta tînără și efectuarea intervenției în pusee evolutive. Numeroase observații verifică importanța extinderii mari a leziunilor. O statistică a clinicii Mayo evaluează la 93% incidența recidivelor la bolnavii cu leziuni extinse peste 90 cm. S-a afirmat că recidivele apar mai des după derivații decît după exereze, dar nu toate statisticile întăresc o asemenea concluzie. Rezecția insuficientă ca extindere constituie într-adevăr un factor de primă ordine. Aceasta trebuie considerată ca o eroare tehnică ce poate fi evitată. O mare importanță are și lipsa unui tratament general pre- și postoperator. Intervenția chirurgicală va fi totdeauna încadrată într-un complex de măsuri terapeutice. Pentru un mare număr de recidive, dacă nu pentru majoritatea lor, rămîne responsabil, în sfîrșit, însuși potențialul evolutiv ondulant al bolii.

Momentul apariției recidivelor variază larg, între cîteva luni și 10—15 ani. Repartiția pe grupe de vechime la o serie de bolnavi, este următoarea: 28% sub un an, 44% între 2—5 ani, 22% între 5—10 ani, 5% între 10—15 ani.

Tratamentul recidivelor se face după principiile generale ale bolii Crohn. Se asistă uneori la regresiuni spontane.

Rezultatele operatorii devin tot mai puțin satisfăcătoare cu numărul intervențiilor. Același operator comunică o frecvență de 63% a recidivelor după prima rezecție, 31% după a doua și 39% după a treia. Este posibil ca în asemenea situații să fie vorba de forme cu potențial de evolutivitate mai sever. Devine tot mai greu de realizat îmbinarea principiului rezecției suficiente cu cel al operației economice.

RECUPERAREA BOLNAVILOR CARE PREZINTĂ COMPLICAȚII

Noi direcții ale procesului de recuperare se ridică la cei cu interesarea organelor afectate secundar, prin extinderea leziunii inflamatorii — stenozante sau prin suprainfecție. Ste-

Scanned with OKEN Scanner

nozele ureterale sînt uneori reversibile prin tratamentul antiinflamator și antibiotic, odată cu regresiunea inflamației retroperitoneale. Dacă s-a constituit leziunea scleroasă, este necesară plastia de ureter sau, la nevoie, nefro-ureterectomia. Leziunile aparatului genital pot ridica probleme foarte complexe de chirurgie reparatorie și plastică. Rezolvarea fistulelor, cu deosebire a celor perianale, poate întîmpina mari dificultăți tehnice.

MODUL DE APLICARE A TRATAMENTULUI

Selecționarea mijloacelor terapeutice discutate se face în mod individualizat, în funcție de faza evolutivă, de particularitățile clinice și de complicații.

Pentru formele obișnuite, necomplicate, considerăm necesară următoarea ierarhizare:

1. În toate cazurile se aplică de la început tratamentul funcțional utilizat și în enteropatiile nespecifice: măsuri igieno-dietetice, antiperistaltice, antimicrobiene, restabilirea echilibrului biologic. În prezența sindromului inflamator se asociază aspirina, salazopirina.

2. Eșecul acestui tratament complex, după o aplicare susținută timp de 3—6 săptămîni, impune utilizarea terapiei antiinflamatorii active: tratament suprarenocortical, Imuran și, eventual, radioterapie. Selecționarea bolnavilor trebuie făcută cu circumspecție.

3. În ultimă instanță, atunci cînd terapia conservatoare a rămas ineficientă și numai în cazuri severe, cu dureri accentuate, diaree persistentă și denutriție, recurgem la intervenția chirurgicală. Aceasta constă din exereză și se efectuează după o pregătire prealabilă corectă, sub protecție de antibiotice. Intervenția este contraindicată în primul puseu acut și în formele difuze jejuno-ileale. Doar în situații excepționale, intervenția se limitează temporar la derivație, urmînd a fi completată ulterior.

Complicațiile impun măsurile de recuperare corespunzătoare fiecăreia.

Tratamentul formelor cu localizări extraileale prezintă o particularitate comună: ele sînt recunoscute aproape totdeauna ca urmare a unei laparotomii exploratorii. Diagnosticul este rareori stabilit în etapa clinică. Este sugerat doar atunci cînd coexistă ileita segmentară tipică. În prezent endofibroscopia cu biopsie dirijată a deschis perspective promițătoare de optimizare a conduitei. Tratamentul acestor forme se limitează la rezecție asociată cu măsurile terapeutice generale.

Scanned with OKEN Scanner

O mare gravitate prezintă ileocolita, care deseori duce la enterocolectomii extinse, coloproctectomii și chiar la ileostomii cutanate definitive.

Privind eșalonarea în timp a diferitelor mijloace de tratament, constatăm că necesitatea intervenției chirurgicale crește cu vechimea bolii.

PROGNOSTIC

Prognosticul bolii rămîne rezervat. Este umbrit de posibilitatea diverselor complicații și cu deosebire de cea a recidivelor. Cazurile complicate, supuse unor intervenții mutilante, se pot solda cu invaliditate permanentă.

PROFILAXIA

De o profilaxie activă nu poate fi vorba pînă cînd etiopatogeneza bolii nu va fi elucidată. Relațiile certe cu adenolimfitele acute abdominale impun tratamentul prompt și urmărirea periodică în continuare a acestora. În ceea ce privește recidivele, normele profilactice care se pot aplica se reduc la îngrijirea complexă pre- și postoperatorie și la executarea secțiunii chirurgicale în teritorii indemne.

PROBLEME SOCIO-PROFESIONALE ALE RECUPERĂRII

Prin caracterul său progresiv și evoluția deseori recidivantă, indiferent de tratamentul utilizat, chiar după rezecții extinse, boala Crohn cuprinde un potențial de gravitate important. Bolnavii sînt amenințați de reacții psihice secundare dacă nu se folosesc metode psihoterapice eficiente. Probleme dificile, aceleași din rectocolita hemoragică, se ridică la cei cu ileostomie cutanată. Efectuarea ileorectostomiei după colectomia totală, implică riscuri sexuale prin lezarea plexului sacrat.

La copii și adolescenți se pot dezvolta întîrzieri în creștere și dezvoltare. Frecvența recidivelor este mai mare de 40%. Pentru a diminua riscul acestora, la bolnavii supuși intervențiilor chirurgicale, se impun rezecții suficient de radicale ca extindere. Operația se conjugă cu tratamentul antiinflamator pre- și postoperator. Se ține seama că la această vîrstă adaptarea la ileostomie este mai dificilă, încît se recurge în principiu doar la rezecții cu anastomoză termino-terminală.

La femei sînt posibile complicații la nivelul aparatului genital, ca înglobarea uterului și mai ales a anexelor în procesul granulomatos, crearea de aderențe, apariția de fistule, leziuni ale perineului etc., care compromit funcția de reproducere.

Scanned with OKEN Scanner

În plus, sarcina reactivează de multe ori boala și declanșează noi pusee evolutive cu gravitate mai ridicată. Din cauza acestui efect nefavorabil se recomandă a fi evitate. Din luna a 7-a devine actual și pericolul pentru făt. Boala cuprinde un risc crescut de prematuritate și mortinatalitate. În postpartum se pot produce complicații severe (abcese, perforații).

Orientarea profesională a adolescenților și tinerilor cu boala Crohn, remisă sau vindecată (cu sau fără intervenție chirurgicală), este o problemă importantă. Se vor evita profesii care solicită eforturi biologice mari, locuri de muncă ce expun la stressuri (activități cu publicul, nevoie de a lua decizii rapide, atenția încordată: telefoniste, activitatea pe bandă etc.) sau la pierderi de lichide (metalurgie etc.). Se vor orienta către profesiuni meșteșugărești, artizanale, activități de birou, activități care presupun un ritm egal și fără tensiuni paroxistice.

Reorientarea profesională se poate pune la adulții care activează în profesiuni incompatibile cu afecțiunea dezvoltată. Schimbarea locului de muncă sau modificarea acestuia, după principiile ergonomice, este de preferat reorientării profesionale și se va folosi ori de cîte ori este posibil.

Urmărirea adaptării sau readaptării în muncă după trecerea puseului acut trebuie asigurată sistematic, cunoscute fiind tendințele de recidivă chiar atunci cînd se respectă planul complex de recuperare.

Începutul suferinței, adesea încă din tinerețe, concediile îndelungate de boală, calificarea elementară, încadrarea în invaliditate după efectuarea unei vechimi în muncă de multe ori mici, pot genera unele carențe economice care trebuie depășite.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. ALEXANDER-WILLIAM, J., FIELDING, J. F., COOKE, W. T., Gut, 13, 1972, 973.
2. BARTNIK, W., Materia Medica Polona, 4, 1972, 38.
3. BERINDE, L., *Enteritele segmentare.* Al II-lea Congres Național de Gastroenterologie București, 1971, 111.
4. BOCKUS, H. L., *Menagement of recurrent regional enteritis,* în (ed. Blakemore a. Fergusson). *Current perspectives in gastroenterology,* Ed. Hoeber, New-York, 1967.
5. De DOMBAL, F. T., BURTON, I. L., GOLIGHER, J. C., Brit. Med. J., 2, 1972, 550.
6. DUPUY, R., DURET, Ph., VALLIN, J., THIROLOIX, J., Arch. Fr. Mal. App. Dig. 1—2, 1970, 29.
7. DURET, R. L., DELOYERS, L., Acta gastroent. belg, 32, 1969, 365.

Scanned with OKEN Scanner

X

RECUPERAREA BOLNAVILOR CU TUBERCULOZĂ INTESTINALĂ

Leziunile bacilare ale intestinului au diminuat considerabil în frecvenţă, consecutiv ameliorării condiţiilor generale de igienă şi utilizării medicamentelor tuberculostatice.

ETIOPATOGENEZĂ

Infecţia este aproape totdeauna secundară unor leziuni pulmonare şi rareori salpingiene. Localizarea se face pe segmentul ileocecal în 85% din cazuri, datorită bogăţiei în ţesut limfatic şi stazei fiziologice. Tuberculoza intestinală primitivă este produsă prin contaminare alimentară (lapte nefiert, carne) cu bacilul bovin (1, 3, 5, 7, 8).

DIAGNOSTIC

După aspectul microscopic al leziunilor se diferenţiază trei forme principale de tuberculoză intestinală: ulceroasă, tumorală (proliferativă) şi entero-mezentero-peritoneală.

Forma ulceroasă severă se observă doar excepţional, în faza terminală a ftiziei. Evoluează cu diaree rebelă, dureri abdominale, deshidratare şi emaciere, sindrom febril. De obicei se surprind forme mai discrete cu diaree şi malabsorbţie. Simptomul cel mai sugestiv este durerea din fosa iliacă dreaptă (4). Aproximativ jumătate din bolnavi se prezintă la medic pentru complicaţii, fiind uneori operaţi de urgenţă (abdomen acut).

Un indiciu de diagnostic util este trecutul bacilar pulmonar la bolnavi a căror simptomatologie se concentrează în fosa iliacă dreaptă. Ftizia este însă uneori recunoscută doar după examinarea pulmonară cerută de medicul care îşi pune această problemă. Examenul radiologic baritat evidenţiază alteraţiile morfologice ileocecale caracteristice: neregularitatea şi rigiditatea conturului cecal, strîmtarea pînă la dispariţie a lumenului, atracţia cecascendentului spre linia mediană. Imaginea este completată de stenoza unui segment redus al ileonului termi-

nal. Cercetarea bacilului Koch în fecale s-a dovedit lipsită de valoare întrucît este negativă în majoritatea cazurilor; dimpotrivă poate oferi date pozitive la pulmonari cu spută baciliferă lipsiţi de determinări digestive (6).

Forma tumorală („tuberculomul") este mult mai rară. Se manifestă prin aceleaşi semne generale, dispeptice şi prin dureri. Palparea evidenţiază o masă fermă, boselată, ovoidală, cu axul mare vertical, care corespunde unui ţesut sclerolipomatos circumscris. Diferenţierea faţă de neoplasm nu este posibilă. Radiologic se constată defecte de umplere neregulate. Localizările pe duoden, jejun sau colon evoluează cu semnele asemănătoare proceselor tumorale.

EVOLUŢIE ŞI COMPLICAŢII

Evoluţia naturală a bolii este progresivă, cu difuziune mezentero-peritoneală care duce inevitabil la obstrucţie. Stenozele sînt accidentele cele mai obişnuite şi realizează crize dureroase de tip König sau Köberlé (dacă sînt etajate), eventual ocluzii acute. Mai rar se constituie abcese şi fistule (interne, externe). Cu totul excepţional se produc perforaţii libere. Sindromul carenţial poate deveni sever. Cazurile neglijate duc uneori la amiloidoză, steatoză hepatică. Diseminarea granulică este posibilă la bolnavii supuşi cortizonoterapiei fără protecţie cu tuberculostatice.

PROGNOSTIC

Prognosticul s-a îmbunătăţit mult după introducerea antibio- şi chimioterapiei antituberculoase. Evoluţia favorabilă este condiţionată însă de o depistare cît mai timpurie a bolii. Practic, severitatea leziunii pulmonare este cea care decide viitorul îndepărtat al bolnavilor. În prezenţa complicaţiilor este decisivă posibilitatea rezolvării lor chirurgicale.

EXPERTIZA CAPACITĂŢII DE MUNCĂ

Pe toată durata evoluţiei procesului tuberculos (pulmonar şi intestinal) este necesar repausul la pat. Bolnavului i se acordă concediu medical şi este menţinut în unităţi spitaliceşti sau sanatoriale. Se pot acorda concedii de şase luni, cu drept de prelungire prin comisia de expertiză medicală, conform legislaţiei în vigoare. Dacă după acest interval, în care s-a aplicat tratament corespunzător, starea generală şi biologico-funcţională nu este satisfăcătoare, astfel că nu se întrevede posibilitatea stabilizării procesului, se fac propuneri pentru expertizare în vederea pensionării. Bolnavii sînt încadraţi de regulă

Scanned with OKEN Scanner

în gradul II de invaliditate pe timp de 12 luni. După stabilizarea completă, se poate face trecerea la gradul III de invaliditate. Bolnavul se reîncadrează în același loc de muncă, cu program redus, de patru ore, sau se repartizează la un alt loc de muncă. Reluarea integrală a activității este posibilă după consolidarea stabilă a procesului bacilar. În prealabil este necesară o perioadă de adaptare și verificare cu un program redus. Reluarea activității și alegerea locului de muncă în cazul bolnavilor rezecați se fac în funcție de extinderea rezecției și de solicitările profesionale.

Evaluarea capacității de muncă se face după gradul afectării intestinului și deficitul consecutiv de utilizare digestivă, cu răsunetul său asupra stării generale. Se are în vedere situația pulmonară. Instalarea complicațiilor aduce noi probleme particulare în discuție. Deficiența funcțională este de regulă accentuată datorită malabsorbției și consumpției tuberculoase, ceea ce duce la pierderea capacității de muncă.

RECUPERAREA

MĂSURILE MEDICALE

Repausul la pat este o condiție fundamentală a tratamentului pe toată durata activității procesului. După obținerea remisiunii este indispensabilă cura sanatorială.

Alimentația trebuie să respecte în perioada acută principiile generale impuse de enteropatiile diareice, cu aport crescut de proteine, vitamine, calciu și fier.

Esența tratamentului constă în administrarea tuberculostaticelor.

Streptomicina se administrează timp de 2—4 luni. Efectul se manifestă după cîteva zile prin afebrilizare și ameliorarea stării generale. Normalizarea scaunelor se obține mai tîrziu. Durata îndelungată a tratamentului expune la accidentele caracteristice acestui antibiotic. Un neajuns frecvent este chimiorezistența care se poate dezvolta după cîteva săptămîni. Prin administrare orală a streptomicinei se obțin rezultate mult inferioare (succese în numai 20% din cazuri).

PAS-ul se administrează pe cale bucală sau în perfuzii lente. Durata tratamentului este de asemenea mare. Rezultatele apar după prima săptămînă. Incidentele mai obișnuite constau în fenomene dispeptice, dureri abdominale și scaune diareice.

HIN. Se administrează în cantități de 5—10 mg/kg/zi. Asocierea cu piridoxină este indicată pentru prevenirea nevritelor

Scanned with OKEN Scanner

pe care substanţa le provoacă prin oxidarea exagerată a acestei vitamine.

Tratamentul se face totdeauna prin asocierea a două din aceste tuberculostatice majore. Administrarea lor se face în cure repetate şi în combinaţii care alternează, după toleranţă şi rezultate. Durata totală a tratamentului este în mod obişnuit de 6—18 luni.

Atunci cînt Streptomicina, PAS-ul sau HIN nu sînt tolerate sau cînd s-a dezvoltat chimiorezistenţa faţă de ele, recurgem la tuberculostatice „de rezervă". *Tebemicinul* (Cycloserin), se utilizează numai în asociaţie (0,5 g/zi). *Fintozidul* (para-aminosalicilat de izonicotinoil-hidrazidă), 15—20 mg/kg/zi), şi *Rifampicina*, cu aceeaşi specificare.

Regresiunea interesează în primul rînd manifestările clinice. Alteraţiile radiologice, de regulă, se menţin. Stingerea procesului inflamator este urmată, atunci cînd au existat leziuni ulcerative avansate, de dezvoltarea unui proces cicatriceal scleros. Acesta explică stenozele postterapeutice. Se menţionează totuşi şi posibilitatea vindecării anatomice, atunci cînd depistarea s-a făcut într-o fază incipientă.

Deşi specific, tratamentul tuberculozei intestinale poate expune la eşecuri. Acestea au totdeauna cauze precizabile, după îndepărtarea cărora vindecarea procesului tuberculos activ devine posibilă. Printre acestea menţionăm în primul rînd tratamentul incorect: doză insuficientă, durată prea scurtă, supraveghere incompletă.

Uneori dozarea inadecvată este consecinţa intoleranţei faţă de medicament sau a sensibilizării alergice a bolnavului.

Este indispensabil, ca asociat tratamentului etiologic, să avem în vedere şi următoarele *obiective patogenetice:* combaterea hiperperistaltismului, a proceselor fermentative, a disbiozei şi a infecţiei nespecifice secundare, alături de restabilirea echilibrului biologic. Terapia de corecţie cuprinde rehidratarea, refacerea capitalului de electroliţi, proteine, calciu, fier şi revitaminizarea. În formele severe recurgem la microtransfuzii de sînge. Steatoza hepatică, apreciată la 50‰ din cazuri pe statisticile vechi, impune administrarea de factori lipotropi.

Simptomul care solicită în mod obişnuit o terapie corespunzătoare este durerea.

Intervenţii chirurgicale. Pentru forma ulceroasă a bolii (cea mai frecventă), intervenţiile chirurgicale sînt indicate doar la apariţia complicaţiilor (stenoză, abcese, fistule, perforaţii). Pre- şi postoperator se introduce în mod sistematic un tratament antibiotic de protecţie. Intraoperator se poate recurge la

Scanned with OKEN Scanner

procedeul de iradiere cu raze ultraviolete a abdomenului deschis, a cărui acțiune favorabilă a fost sesizată în perioada preantibiotică.

Forma tumorală impune rezecția prin însăși prezența ei. Tratamentul conservator nu poate asigura involuția masei sclero-lipomatoase care o constituie. Dealtfel, în vederea precizării diagnosticului laparotomia este necesară aproape în toate cazurile.

Tipul de intervenție electiv este rezecția segmentului afectat, cu ileo-transversostomie. În leziunile peritoneale care aglutinează ansele se recurge, din motive tehnice, la derivații.

Prin utilizarea individualizată a posibilităților de tratament se obțin rezultate favorabile în peste 90% din cazuri. Eșecurile obligă la revizuirea diagnosticului.

Bolnavii trebuie dispensarizați și urmăriți timp de cîțiva ani. Paralel cu respectarea regulilor de igienă și de alimentație pe care tuberculoza le impune în general, sînt necesare repetate cure de siguranță cu tuberculostatice.

În perioada de convalescență paralel cu chimioterapia antituberculoasă se face *helioterapie* și *actinoterapie*, aplicată cu prudență, în mod prelungit. În această perioadă se efectuează iradierea cu *raze ultraviolete*. *Radioterapia* se aplică în doze mici, pe cîmpuri limitate, are rezultate bune mai ales în formele hipertrofice limitate. Cura sanatorială este indicată mai ales în formele de tuberculoză intestinală secundară tuberculozei pulmonare.

După vindecarea leziunilor intestinale, se recomandă cura de aer în stațiuni de altitudine, unde se pot administra și ape minerale carbogazoase calcice și feruginoase (Borsec, Covasna, Vatra-Dornei) (2).

Kineziterapia și exercițiile sportive sînt indicate în perioada de convalescență pentru evitarea atrofiilor musculare, eventual pentru limitarea formării unor aderențe și pentru întărirea centurii musculo-ligamentare abdominale.

Terapia ocupațională este necesară în situațiile care necesită spitalizare prelungită, pentru a ocupa timpul liber și pentru a nu pierde obișnuința unei activități.

Ergoterapia se efectuează în același scop pentru a menține deprinderile de muncă, în scop economic și eventual în vederea unei profesionalizări.

Psihoterapia este necesară pentru a menține tonusul psihic ridicat al acestor bolnavi. Evoluția uneori îndelungată a suferinței — luni sau ani de zile — duce la apariția unor tulburări de comportament, cunoscute sub numele de „devianță

Scanned with OKEN Scanner

pasivă", la teama de muncă şi la stări depresive, care trebuie prevenite şi combătute.

Recuperarea socio-profesională a acestor deficienţi ridică aceleaşi probleme ca toate celelalte forme de tuberculoză abdominală.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. De LISLE, L. R., DELUMEAU, G., PERRIN, D., NOMBALLAIS, M. F., MINICONI, P., Sem. Hôp. Paris, 47, 7, 1971, 456.
2. DIMITRIU, C. C., *Terapeutica medicală,* vol. I, Ed. medicală, Bucureşti, 1961.
3. FODOR, O., *Tratat elementar de Medicină Internă,* vol. II., Ed. Dacia, Cluj, 1973, 274.
4. HATIEGANU, I., GOIA, I., *Tratat elementar de semiologie şi patologie medicală,* vol. II, ediţia II, Editura Cartea Românească, Cluj—Sibiu, 1941.
5. NECULA, V., ILIE, E., Medicina Internă, 4, 1969, 495.
6. PARIS, J., PROYE, Ch., Chirurgie, 11—12, 1972, 663.
7. PAUSTAN, F. F., *Gastroenterology* red. H. L. Bockus, vol. II, Ed. Saunders Comp., Philadelphia, 1964, 311.
8. RACHET, J., BUSSON, A., BEBRAY, Ch., *Maladies de l'intestin.* Ed. Flammarion, Paris, 1954.

Scanned with OKEN Scanner

XI
RECUPERAREA BOLNAVILOR CU RECTOCOLITĂ HEMORAGICĂ

DEFINIȚIE, DIAGNOSTIC

Este vorba de o afecțiune cu o frecvență nu prea ridicată în țara noastră, dar care se observă în ultima perioadă mai des și uneori cu evoluție severă, invalidantă sau chiar mortală (4, 5, 17). Substratul morfologic constă din inflamația difuză a mucoasei rectocolice, cu o fragilitate vasculo-epitelială extrem de mare. La o parte din cazuri se dezvoltă și ulcerații. Ceea ce caracterizează procesul inflamator este extinderea în suprafață, de regulă difuză, aproape totdeauna cu afectarea rectului. Lipsa tendinței infiltrante marchează o diferență esențială față de colita segmentară granulomatoasă (boala Crohn).

Examenul clinic oferă elemente de mare valoare pentru diagnostic. Sindromul rectosigmoidian și sîngerările repetate de tip terminal, asociate cu exudat inflamator, sînt cele care atrag mai frecvent atenția. Durerile se pot extinde pe întregul colon și în asemenea situații, scaunele sînt neformate. Alterarea stării generale și cu deosebire pierderea din greutate și anemia constituie indicii de severitate. Modificările de tonus ale colonului și sensibilitatea indică aria afectată. Curba febrilă, uneori frisoane, realizează sindromul infecțios. Prezența resturilor alimentare evidențiază tulburări asociate de utilizare digestivă, care transformă boala într-un sindrom malabsorbtiv.

Rectosigmoidoscopia este un moment indispensabil și principal al diagnosticului. O primă contribuție constă în excluderea unor leziuni de altă natură, a doua privește stabilirea stadiului evolutiv al bolii și gradul leziunilor. Au fost propuse variate clasificări. Cea mai reală ține seamă de gradația naturală a alteraților:

gradul I: congestie, edem și fragilitate a mucoasei;

gradul II: modificărilor de fond ale mucoasei li se adaugă ulcerații superficiale, inegale, cu dispoziție neregulată;

Scanned with OKEN Scanner

gradul III: suprafaţa mucoasei prezintă accidente de relief de aspect polipoid.

Examenul radiologic precizează extinderea şi topografia procesului inflamator. În mod obişnuit se ridică doar problema delimitării proximale, rectul fiind aproape totdeauna afectat. Sînt însă şi cazuri de colită hemoragică segmentară. Se aduc de asemenea informaţii, privind natura leziunii: edem, ulceraţii, reacţie polipoidă, microcolie prin fibroză, stenoze etc.

PREMISE ETIOPATOGENETICE ALE RECUPERĂRII

Din punct de vedere nozologic, rectocolita hemoragică (RCH) sau ulcero-hemoragică constituie o entitate bine conturată clinic şi morfologic. *Etiologia* nu este însă unică ci plurifactorială, ceea ce justifică în unele concepţii chiar valoarea pur sindromatică a acestei delimitări. Deşi se incriminează numeroşi factori cauzali, cu importanţă inegală de la bolnav la bolnav şi de la un moment evolutiv la altul, mecanismul patogenetic pare să unifice toate varietăţile care sînt induse iniţial pe căi diferite. Este binecunoscută influenţa patogenă a stress-ului psihic, a alergiei alimentare, carenţei dizaharidazice, infecţiilor intercurente digestive sau generale, ca şi condiţia favorizantă, realizată de dezechilibrul neurovegetativ sau endocrin. O predispoziţie genetică se admite în baza aglomerării bolii la unele grupuri de populaţie sau la membrii aceleiaşi familii dar nu este încă precizat conţinutul concret al acestui concept. Variate argumente indică intervenţia secundară a unui mecanism de autoîntreţinere imună. Deşi lipsesc elemente care să fundamenteze satisfăcător această concepţie, acceptarea ei, fie chiar şi sub cauţiunea viitoarei verificări, este utilă din punct de vedere al terapiei. O semnificaţie analoagă se acordă şi infecţiei bacteriene, grefată în mod secundar şi putînd genera severe complicaţii de ordin septic. Nici diferiţii factori biochimici care sînt produşi în exces, la nivelul peretelui colic, inclusiv lizozimul, nu intervin decît ca verigi mediatoare în procesul patologic, nu sînt în esenţă răspunzătoare de iniţierea acestuia.

EVOLUŢIE ŞI COMPLICAŢII

Rectocolita hemoragică (RCH) se prezintă sub variante evolutive extrem de diferite, deseori cu modificări imprevizibile (2, 12, 13, 18). Mai frecvent realizează o succesiune neregulată de pusee active şi remisiuni, cu durată inegală, de săptămîni pînă la mai mulţi ani. Printre factorii răspunzători de declanşarea manifestărilor se enumeră: stress-ul psihic, surmenajul,

Scanned with OKEN Scanner

infecţiile intercurente, consumul de lapte, accidente diareice ocazionale, uzul de purgative, intervenţii chirurgicale, antibioterapia orală, sarcina etc. Uneori faza activă se prelungeşte neobişnuit de mult pînă la 6—12 luni, cu ameliorări parţiale şi episodice. Mai rar boala ia alură acută, gravă, cu stare febrilă, hemoragii masive şi alterarea stării generale. Cu totul excepţional se întîlneşte rectocolita fulminantă, ce se soldează cu o letalitate foarte ridicată şi evoluează cu megacolon toxic şi stare septică.

Cea mai benignă formă este reprezentată de rectita hemoragică. Aceasta constituie uneori doar sediul de început al unei afecţiuni difuze, desfăşurată prin pusee succesive.

Complicaţiile locale sînt cele mai frecvente: hemoragii masive, dilataţie acută toxică a colonului (17 a), perforaţii (uneori cu evoluţie torpidă, dacă se produc în zone delimitate prin aderenţe, alteori urmate de peritonită difuză, extrem de severă în condiţiile denutriţiei şi septicităţii bolii), supuraţii, fistule, stenoze. Un interes cu totul particular impune dezvoltarea cancerului pe fondul rectocolitei. Riscul de cancer creşte cu vechimea bolii (devenind foarte însemnat după 10 ani de evoluţie) cu extinderea procesului şi cu vîrsta timpurie a începutului. Histogenetic, metaplazia canceroasă este dependentă de alteraţiile atrofice şi displazice ale mucoasei, ca şi de reacţiile hiperregenerative.

Complicaţiile generale sînt dominate de manifestările septice şi cu caracter de hipersensibilitate (eriteme, iridociclită, poliartrită, apendicită, miocardită etc). Pierderile de sînge, lichide şi electroliţi se reflectă în anemia hipocromă, hipoproteinemia şi diselectrolitemia constante totdeauna în cursul fazelor de activitate. O contribuţie importantă la realizarea denutriţiei şi a manifestărilor intestinale, prin mecanism malabsorbtiv, aduce afectarea intestinului subţire. Afectarea ficatului prin leziuni de hepatită interstiţială, steatoză sau colangită, ca şi cea pancreatică, devin elemente nefavorabile de evoluţie.

PROGNOSTIC

Majoritatea îmbolnăvirilor din zona noastră prezintă un prognostic bun „quo ad vitam". Vindecarea impune însă serioase rezerve, dat fiind caracterul prin excelenţă recidivant. În ultimul timp se observă însă mai frecvent forme care îşi modifică în mod neaşteptat evoluţia, punînd în pericol viaţa bolnavului prin diferite complicaţii. Prognosticul devine cu

Scanned with OKEN Scanner

totul rezervat și chiar infaust în megacolonul toxic. Determinările viscerale asociate conferă un indice de gravitate în toate cazurile. Sînt lipsite de gravitate, formele circumscrise și cu deosebire cele exclusiv rectale.

EXPERTIZA MEDICALĂ A CAPACITĂȚII DE MUNCĂ

Urmează principiile generale cunoscute. În formele cu alterarea profundă a stării generale, anemie accentuată, pierderi din greutate, sindrom malabsorbtiv, sindrom infecțios prelungit (exprimat prin frisoane repetate și curbă febrilă) cu tulburări biologice profunde (scăderea proteinelor serice, tulburări hidroelectrolitice), afectarea marilor viscere abdominale (ficatul, intestinul în formele cu megacolon toxic, ca și în formele fulminante și cele complicate (cu stenoze, perforații sau malignizate) sau cele care necesită intervenție chirurgicală, capacitatea de muncă este pierdută și se încadrează în gradul II de invaliditate pentru 6—12 luni.

În restul formelor de gravitate mijlocie, se apreciază prin raportarea situației biologico-funcționale la solicitările locului de muncă. Cît timp examenul rectoscopic evidențiază leziuni de gradul II bolnavul rămîne în concediu medical. Dacă această situație se prelungește, se recomandă expertizarea și în cele mai multe cazuri este necesară încadrarea în gradul III de invaliditate. Dacă locul de muncă face imposibilă activitatea, iar capacitatea de muncă se pierde în cea mai mare parte, se face încadrarea în gradul II de invaliditate în mod temporar, pînă la remiterea fenomenelor clinice.

În formele benigne cu remisiuni prelungite și fără alterarea stării generale, capacitatea de muncă rămîne păstrată. La persoanele cu profesiuni și locuri de muncă ce solicită eforturi fizice mari, stress-uri de orice fel, distanțe mari între diferitele locuri de activitate, disconfort termic (ce expune la transpirații sau la răceli), imposibilitatea păstrării regimului igieno-dietetic, se poate cere schimbarea locului de muncă sau reducerea temporară a programului de activitate. Dacă aceste măsuri socioprofesionale conjugate cu cele biologice nu sînt suficiente, se poate face încadrarea în invaliditate, cu sau fără schimbarea locului de muncă.

În formele de gravitate mijlocie sau ușoară, capacitatea de muncă depinde în mare măsură de starea psihică a bolnavului, cunoscută fiind ponderea acestei componente la acești bolnavi.

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul actual al RCH vizează combaterea diferiților factori patogenetici care intervin în dezvoltarea și întreținerea bolii. Intervenția inegală a acestora explică acțiunea variabilă a mijloacelor terapeutice, uneori spectaculară, alteori nulă. În acest fel se explică încercările extrem de numeroase de a se crea noi mijloace terapeutice, unele deja părăsite, altele aflîndu-se într-o etapă de evaluare a eficienței. Aplicarea individualizată a tratamentului presupune o urmărire foarte atentă și dinamică pentru aprecierea răspunsului, avînd în vedere criteriile deseori empirice ale selectării unora sau altora din mijloacele disponibile. În principiu se urmărește liniștirea puseului de activitate prin măsuri conservative, care pot fi combinate după necesitate, fără a amîna însă nejustificat de mult o intervenție chirurgicală, dacă evoluția o impune. Tratamentul solicită deseori colaborarea internistului cu chirurgul și reanimatorul, pentru stabilirea celor mai eficiente soluții și eventual pentru alegerea momentului chirurgical.

Măsuri cu caracter general. 1. *Repausul fizic și intelectual* este aproape totdeauna necesar în cursul perioadelor active. Recurgem obișnuit la spitalizare și din cauza investigațiilor care trebuie făcute, dar în egală măsură pentru a putea asigura o desprindere din preocupările zilnice și pentru a oferi condiții reale relaxării nervoase și repausului la pat. Dacă afecțiunea a fost recent explorată și puseul este lipsit de severitate, iar condițiile familiale sînt compatibile cu obiectivul terapeutic, bolnavul poate rămîne în concediu de boală la domiciliu. Va păstra însă o legătură strînsă cu medicul, pentru aprecierea evoluției. Concediul se prelungește și după instalarea remisiei.

2. *Alimentația* trebuie să respecte în primul rînd principiul cruțării digestive, cu o rigurozitate care variază cu numărul de evacuări cu conținut fecal. În formele difuze, cu participare enterală, restricțiile de celulozice și dulciuri sînt mai severe. Proporția acestora rămîne însă în limitele normale la bolnavii cu constipație. Totdeauna se evită substanțele chimice cu acțiune iritantă asupra mucoasei intestinale. Carența lactazică obligă la excluderea completă a laptelui. Această simplă măsură contribuie, în asemenea situații, la remisiunea rapidă a sindromului diareic și, secundar, la sistarea hemoragiilor. Restricții alimentare selective impune și alergia asociată cu RCH. Puseele severe beneficiază de „cura de foame" sau „dieta elementară" pentru 2—3 zile.

Scanned with OKEN Scanner

Asigurarea necesităţilor calorice şi a raţiei de vitamine, săruri minerale (fier, calciu, potasiu), şi proteine devine esenţială pentru aceşti bolnavi supuşi unor spolieri însemnate.

Fumatul, abuzul de cafea şi băuturile alcoolice sînt nocive prin influenţele lor neurohormonale. Se va obţine de aceea colaborarea bolnavilor pentru a fi înlăturate.

Măsuri cu caracter patogenetic. 1. *Terapia antiinflamatoare* constituie elementul central. Se realizează prin trei grupe principale de substanţe, administrate izolat sau în asociere: salazopirina, hormonii corticosuprarenali şi imunodepresivele.

a) *Salazopirina* (salicil-azo-sulfapiridina) este un produs complex care însumează acţiunea antibacteriană, pe care i-o imprimă componenta sulfamidică, şi acţiunea antiinflamatorie, dependentă de gruparea salicilică. Ultima se explică prin afinitatea particulară a medicamentului faţă de ţesutul conjunctiv şi elastic.

Administrarea se face pe cale orală, sub formă de tablete sau, cu o toleranţă gastrică mai mare, sub formă de drajeuri cheratinizate, enterosolubile. Planul terapeutic cuprinde două etape: cura de atac se face cu 3—6 şi chiar 8 g la zi, pînă la obţinerea remisiunii. Rezultatele sînt evidente după 1—3 săptămîni şi se traduc prin reducerea numărului de scaune şi a secreţiilor purulente, diminuarea sîngerărilor, afebrilizare. Cura de întreţinere are ca scop stabilizarea rezultatului terapeutic şi profilaxia recidivelor. Se face după scheme care variază cu particularităţile evolutive ale fiecărei îmbolnăviri: administrare cronică continuă sau intermitentă. Doza se reduce la 1—2 g/zi pentru un interval de timp nedeterminat, care poate ajunge la 2—5 ani.

Rezultatele favorabile se obţin la 75% din bolnavi, evaluate prin rărirea puseelor, reducerea intensităţii lor şi chiar vindecări verificate prin perioade de linişte de mai mulţi ani. O statistică amplă furnizează următoarele indicaţii asupra evoluţiei îndepărtate a rectocolitei hemoragice sub tratament cu Salazopirină (Nana Swartz, 403 bolnavi urmăriţi timp de 15 ani): bolnavi vindecaţi şi ameliorati 311 din 403 (77,2%); neameliorati, 39; decedaţi prin complicaţii ale bolii, 22; decedaţi din alte cauze, 18; cancerizaţi, 13 (3%).

Remisiunea se obţine mai frecvent decît prin administrare de sulfamide intestinale de tip obişnuit.

Efectele secundare se observă rar şi constau îndeosebi din manifestări gastroduodenale (greţuri, anorexie) mai rar alergice (erupţii cutanate, stări febrile) sau deprimări mielotoxice sulfamidice (leucopenie, excepţional agranulocitoză). Acuzele

Scanned with OKEN Scanner

dispeptice se remit la reducerea dozei, eventual după o scurtă întrerupere. Controlul periodic al leucocitelor și al tabloului sanguin este în măsură să detecteze din timp accidentele hematice.

Salazopirina poate fi utilizată și în asociere cu corticosteroizii, pentru formele mai severe și în primul rînd pentru forma fulminantă.

Posibilitatea terapiei în cură cronică a schimbat mult prognosticul bolii. Studii dinamice făcute, comparativ cu loturi martor (netratate și „tratate" cu Placebo), atestă reducerea semnificativă a recidivelor. Dacă în cura acută, corticoterapia este foarte utilă prin efectele sale supresive imediate, în cura cronică, rezultatele obținute cu salazopirină sînt superioare. Există totuși și eșecuri, evidente uneori de la prima cură, alteori traduse prin caracterul refractar al noilor pusee.

Administrarea locală sub formă de supozitoare este indicată totdeauna cînd este prezentă rectita, paralel cu administrarea orală. Formele circumscrise beneficiază de această formă de tratament, chiar izolată.

b). *Corticosteroidoterapia* constituie un mijloc terapeutic principal, dar la care nu trebuie să se recurgă de rutină. Este indicată în formele severe complicate cu manifestări generale imuno-alergice sau refractare la alte măsuri mai puțin active. Aceste rezerve sînt justificate prin efectele secundare ce se pot dezvolta în cursul tratamentului de durată și prin gravitatea recăderilor după suspendarea necontrolată a terapiei. Există și contraindicații ferme, cum sînt complicațiile septice sau perforațiile. Administrarea se face cu extremă prudență și în megacolonul toxic, din cauza riscului crescut de perforații torpide, greu de identificat. Administrarea se face de aceea sub o supraveghere atentă, ca în abdomenul acut. Colaborarea cu chirurgul va preciza în aceste situații momentul oportun al intervenției. Hormonii steroizi impun precauții la bolnavii cu hipokaliemie.

Schema cea mai eficientă cuprinde o cură inițială de hemisuccinat de hidrocortizon sau ACTH în perfuzii sau injecții intramusculare (după testarea toleranței). În continuare, sau pentru formele mai ușoare de la început, se administrează Prednison, Superprednol. Doza se reduce progresiv după instalarea efectului terapeutic, cu o rație care reprezintă 10—25% din cantitate, la două săptămîni. După cura inițială se poate continua cu doze reduse timp de mai multe luni, eventual după un program intermitent. Suprimarea brus-

Scanned with OKEN Scanner

că declanşează recidive care au uneori severitate mai crescută.

Cortizonoterapia expune, mai ales prin administrarea de durată, la pericolul perforaţiei, al hemoragiilor sau al complicaţiilor septice. Totuşi, introducerea acestui tratament a marcat o ameliorare evidentă în evoluţia RCH. A diminuat mortalitatea globală, s-a redus numărul complicaţiilor locale şi generale grave, s-a redus durata de spitalizare. Nu a fost influenţat în egală măsură riscul recidivelor.

Se apreciază că în 90% din cazurile de rectocolită hemoragică se obţin rezultate imediate favorabile. Remisiunile sînt însă de cele mai multe ori trecătoare. S-a sugerat de aceea fie un tratament continuu cu doze minimale de întreţinere, fie administrarea repetată a corticoizilor cu scop profilactic. Stabilitatea rezultatelor este consolidată mai eficient prin asocieri terapeutice (Salazopirin, imunodepresive).

c) *Tratamentul imunodepresiv* a condus în RCH la unele din cele mai convingătoare rezultate în cadrul afecţiunilor cu autoîntreţinere imună. Se foloseşte cu precădere Azathioprina (Imuran, Imurel), din categoria antimetaboliticelor antipurinice. Iniţial se aplică o cură de atac cu 200—400 mg la zi (2,5 mg/kg corp, putîndu-se creşte la 4—5 mg doza/kg). Cantitatea poate fi crescută progresiv în funcţie de răspunsul terapeutic şi de toleranţă. Ameliorarea clinică devine manifestă după o săptămînă de tratament. Concomitent se remit şi leziunile endoscopice. În continuare se trece la cura de întreţinere cu 50—100 mg care se menţine mai multe luni. Rezultatele sînt în ansamblu mai prompte şi mai bune decît cu terapia cortizonică. Singurul accident care trebuie avut în vedere este leucopenia, care s-a dovedit însă reversibilă la suprimare temporară şi chiar la simpla scădere a dozei. Tratamentul impune o supraveghere permanentă, cu numărarea leucocitelor de două ori pe săptămînă la început, de două ori pe lună mai tîrziu. Experienţa de pînă acum indică rezultate favorabile la majoritatea bolnavilor chiar atunci cînd s-au dovedit refractari la toate celelalte mijloace medicamentoase, încît indicaţia chirurgicală părea iminentă. S-a dovedit utilă şi ciclofosfamida.

Tratamentul imunodepresiv nu previne însă recidivele. Pe loturi comparative, frecvenţa acestora s-a dovedit egală cu cea obţinută prin placeboterapie. Suprimarea bruscă a medicaţiei poate fi urmată de reşute. Neajunsul se încearcă a fi suplinit prin administrarea prelungită a unor cantităţi mici, dar în această direcţie nu avem încă un recul semnificativ de timp. Asocierea cu ACTH sau cortizon în primele 2—3 săptă-

Scanned with OKEN Scanner

mîni previne depresiunea medulară și crește eficiența terapiei. Asocierea cu Salazopirină contribuie la prelungirea fazelor de liniște, sporindu-se astfel șansele de vindecare completă.

În privința mecanismului, pe lîngă acțiunea imunodepresivă (tradusă prin modificări imunoserologice, imunocitologice și prin tendința de normalizare a nivelului imunoglobulinelor din mucoasa colică), trebuie să avem în vedere și acțiunea antiinflamatorie nespecifică exercitată local.

2. *Terapia antibacteriană* este justificată în aproape toate cazurile, datorită disbiozei și suprainfecției bacteriene care se produc secundar. Se recurge în general la terapia orală cu sulfamide greu resorbabile *(Ftalilsulfatiazol)* sau antibiotice *(Tetraciclină)*, cure repetate de cîte o săptămînă. Atunci cînd bolnavul este febril cu VSH accelerat și leucocitoză, mai ales în prezența unei sensibilități abdominale difuze, antibioticele cu spectru larg trebuie administrate pe cale generală. Această indicație devine majoră în stările septice și în complicații bacteriene abdominale. Instituirea terapiei cortizonice impune de asemenea asocierea constantă a antibioticelor.

3. *Terapia de modificare a reactivității*, sub forma șocurilor piretice, poate fi luată în considerare numai după liniștirea puseelor active, la bolnavi cu o stare generală bună, tineri fără tare viscerale. Se obține prelungirea perioadei de acalmie. Asocierea în succesiune cu cortizonicele amplifică efectul terapeutic.

În același cadru se situează și reechilibrarea hormonală, mai frecvent fiind vorba de hipertiroidism sau disfuncții gonadice.

4. *Restabilirea echilibrului nutritiv* are ca obiectiv corectarea deficiențelor care se instalează secundar în cursul bolii: anemia, carența de potasiu sau calciu, deshidratarea, hipoproteinemia. Transfuzia de sînge devine un mijloc foarte util, prin acțiunea sa biologică complexă. Plasma, hidrolizatele de proteine și steroizii anabolizanți *(Madiol, Naposim, Decadurabolin, Clortestosteron)* contribuie la corectarea deficitului proteinic.

5. *Combaterea tulburărilor funcționale intestinale* este indispensabilă, ori de cîte ori există accelerarea tranzitului, receptivitate patologică a mucoasei intestinale și cu deosebire cînd se asociază o enteropatie difuză generatoare de malabsorbție. În funcție de manifestările clinico-funcționale, administrăm novocaină înainte de masă, anticolinergice (de evitat în stările grave, unde ar putea agrava megacolonul toxic), adsorbante (calciu carbonic), bismut etc.

Scanned with OKEN Scanner

6. *Tratamentul patogenetic local* este indicat în prezența afectării segmentului distal. Se aplică microclisme cu hidrocortizon, sulfamidă și vitamina A. Programul este de 1—2 la zi, în perioada acută. După liniștire, clismele cu hidrocortizon se pot administra periodic, 1—2 pe săptămînă, pentru a preveni recidivele. Acțiune analoagă au și supozitoarele cu Salazopirină. Cu o tehnică posturală adecvată, folosind cantități de 150 ml lichid (ceai de mușețel în mod obișnuit), acțiunea clismei se poate extinde și la teritorii superioare ale colonului. Prin sonde elastice se poate asigura instilarea medicamentelor în colonul descendent.

7. *Tratamentul sedativ* dobîndește semnificație patogenetică prin consecințele sale asupra motricității și vascularizației colice. Indicația derivă și din labilitatea afectivă și vegetativă pe care bolnavii o prezintă aproape constant. Alături de bromuri și barbiturice, putem recurge — atunci cînd este justificat — și la preparate tranchilizante sau la antidepresive (Hidroxizin, Hematodin).

Psihoterapia este un mijloc fundamental al recuperării. Premisa sa constă din sensibilitatea crescută a bolnavilor față de traumatismele psihice și structura lor psihică particulară. Acest element care definește în mare măsură terenul predispus la uneori proporții de patologie psihiatrică minoră, dominată de contradicții, obsesii, anxietate, disadaptare, complexe de insuficiență, devieri psihastenice etc. Inducerea unui echilibru interior, restructurarea unor valori filozofice, transferul unor concepții realiste, sînt aspecte care trebuie luate în considerare, pe lîngă cele mai specific medicale, cum sînt încrederea, optimismul, combaterea preocupărilor exagerate față de evoluția bolii (15).

MĂSURI CU CARACTER SIMPTOMATIC

Combaterea durerii este un obiectiv de prim ordin, realizabil cu ajutorul anticolinergicelor, al antispasticelor și al analgeticelor. Supozitoarele cu anestezină suprimă durerea și contractura anală, ca și tenesmele rectale. Constipația se rezolvă prin mijloace dietetice, ulei de parafină și mucilagiu de agar-agar (Galcorin).

TRATAMENTUL CHIRURGICAL

După dispute mereu argumentate cu noi statistici și după excese de conduită — de tip rezecționist sau neintervenționist — în prezent se știe că majoritatea cazurilor de RCH pot fi satisfăcător controlate printr-o medicație aplicată dinamic

Scanned with OKEN Scanner

și prin măsuri igienice generale. Rămîne o proporție de bolnavi ceva mai redusă în țara noastră, deși în creștere, cum se observă în ultimii ani, la care trebuie luată în considerare indicația chirurgicală (1, 8, 10, 11, 12, 19).

Este în primul rînd vorba de indicațiile de urgență, la care obligă complicațiile acute: hemoragii masive, perforații, peritonită, supurații pericolice. Ca urgență întîrziată poate fi considerată și megacolonul toxic, atunci cînd în curs de maximum o săptămînă nu se obțin remisiuni prin tratamentul conservator complex. Mortalitatea ridicată a intervențiilor din această complicație (30%) recomandă deseori reținerea, încît momentul intervenției este astfel deplasat la perioade tardive. Posibilitățile tehnice ale chirurgiei și terapiei intensive actuale justifică însă lărgirea indicației și în acest caz. Cooperarea medico-chirurgicală asigură conduita exactă, integrativă, care să folosească dozat toate resursele disponibile, în momentul optim.

Cu un caracter absolut, intervenția este indicată în complicații constituite lent: stenoză, fistule anorectale, cancerizarea. Necesită intervenție chiar suspiciunea de metaplazie canceroasă, întrucît există dificultăți mari de diagnostic diferențial. Considerăm în schimb că nu este justificată „colectomia profilactică" motivată prin riscul mărit de cancer cu vechimea colitei și cu deosebire după 10 ani. Mai corectă este urmărirea bolnavului și reinvestigarea periodică, la fiecare nou episod de activitate.

De indicația operatorie beneficiază și formele cu pusee subacute mult prelungite, refractare la toate măsurile conservatoare aplicate corect și în asociere. Tot la fel și formele cu recidive frecvente, pe care tratamentul de întreținere nu le poate preveni. În asemenea situații adoptarea unei decizii este deseori nejustificat amînată, ceea ce generează, în însemnată proporție, rezultatele încă nesatisfăcătoare ale chirurgiei în RCH. Criterii de orientare care impun intervenția trebuie să fie: tendința progresivă la hipoproteinemie, dezvoltarea leziunilor hepatice, transformarea colonului într-un tub îngust și rigid, apariția complicațiilor generale infecțios alergice. Indicația chirurgicală nu mai poate fi privită în prezent ca soluție de ultimă necesitate, impusă forțat. Există condiții tehnice și de reanimare care îi conferă valoarea unui mijloc terapeutic selectiv, cu eficiență maximală pentru anumite forme. Mortalitatea este de 60,9% la bolnavii operați de urgență, dar diminuă la numai 2,1% după intervențiile elective (16). Cei

Scanned with OKEN Scanner

mai importanţi factori agravanţi sînt vîrsta înaintată, dilataţia colică, perforaţiile.

Complicaţiile postoperatorii majore sînt: infecţii abdominale, obstrucţii intestinale, dehiscenţele suturilor, tromboze venoase profunde, accidente pulmonare, dezechilibre electrolitice, hemoragii grave.

Din punct de vedere tehnic, două sînt posibilităţile chirurgicale la care se recurge: ileostomia terminală şi colectomia, cu anastomoză ileorectală.

Ileostomia terminală continentă, cu realizarea unui anus contra naturii în fosa iliacă dreaptă, este practicată astăzi doar atunci cînd starea generală a bolnavului este prea alterată pentru a permite o exereză. Altădată înseamnă timpul de aşteptare pentru liniştirea inflamaţiei de la nivelul rectului, segment care ulterior urmează să asigure continuitatea tractului intestinal, după extirparea colonului. Derivaţia ileocutanată este urmată frecvent de reacutizarea colitei.

Colectomia constituie intervenţia electivă. În principiu se rezecă segmentul afectat, restabilindu-se continuitatea prin anastomoză termino-terminală. După extindere, se practică deci colectomia segmentară (rareori justificată), subtotală sau totală. Reuşita este condiţionată de starea morfologică bună a teritoriului restant şi practic a rectului. Realizarea unei anastomoze ileorectale este soluţia la care se recurge de cele mai multe ori. Prezenţa rectitei nu constituie un obstacol absolut, deoarece există şi posibilităţi de tratament local postoperator. După nevoi, se recurge chiar la electrocauterizarea mucoasei de la nivelul bontului rectal. Rezultatele sînt condiţionate de buna pregătire preoperatorie (reechilibrare biologică, aseptizare colică), de starea morfologică a segmentelor anastomozate şi de reanimarea postoperatorie.

Avînd în vedere afectarea aproape constantă a rectului şi gravitatea leziunilor de la nivelul său, exereza devine uneori aplicabilă doar sub forma proctocolectomiei. În această situaţie continuitatea tractului digestiv se restabileşte prin anastomoză ileo-anală. Eficienţa acesteia este condiţionată de continenţa sfincterului anal, care presupune tehnici chirurgicale corespunzătoare. Rezultatele nesatisfăcătoare obţinute, din acest punct de vedere, la o mare parte dintre bolnavi explică preferinţa multor chirurgi, atunci cînd rectul trebuie excizat, pentru ileostomia terminală abdominală. Indicaţii de acest gen constituie cu deosebire stenozele rectale, retracţiile şi complicaţiile supurativ-fistuloase perianorectale.

Scanned with OKEN Scanner

Terapia ocupaţională este absolut necesară, dată fiind evoluţia îndelungată a acestei suferinţe care aduce alterarea psihică în condiţiile lipsei de activitate.

Psihoterapia urmăreşte recîştigarea unui tonus echilibrat. Este necesară şi cooperarea membrilor de familie pentru atingerea tuturor obiectivelor igieno-dietetice necesare realizării unui climat propice. Bolnavii rămîn integraţi vieţii sociale, evitînd doar suprasolicitările şi situaţiile stressante.

Corelaţia cu graviditatea reprezintă o problemă practică de reală importanţă. Experienţa mai veche a evidenţiat posibilitatea exacerbărilor în cursul sarcinii, cu deosebire în primul trimestru, de unde sugestia unui grad de incompatibilitate. Statistici ample precizează însă că dintre femeile care devin gravide în faza de remisiune, 75—90% tolerează bine atît sarcina cît şi boala (3). Jumătate, dintr-un grup la care sarcina a fost contractată în faza activă, s-au ameliorat odată cu aceasta, 1/4 au rămas neinfluenţate şi doar la 1/4 s-a agravat situaţia (6). Întreruperea terapeutică de sarcină nu atrage în mod semnificativ modificări în evoluţia bolii: la 2/3 dintr-un grup de bolnave în faza activă nu s-a ameliorat situaţia prin această intervenţie. Boala nu cuprinde nici un risc pentru făt, majoritatea sarcinilor pot fi duse la termen (6). În ansamblu, sarcina nu pare să altereze deci în măsură evidentă cursul natural al colitei şi, invers, RCH rareori tulbură evoluţia sarcinii. O particularitate impune doar corticosteroidoterapia care este posibilă în aceste condiţii doar sub forma aplicaţiilor locale, fiind contraindicată pe cale generală.

RECUPERAREA SOCIOPROFESIONALĂ

În timpul puseurilor active este necesar aproape totdeauna concediu medical, pentru intervale de timp variabile. În formele uşoare, la bolnavi care prestează activităţi mai puţin solicitante, se permite continuarea acestora. Formele cu recidive frecvente justifică scoaterea din activitate pe un timp îndelugat, prin încadrarea în invaliditate (gradul III şi mai des II).

Reîncadrarea în muncă se face cu asigurarea unor condiţii corespunzătoare şi a unui program raţional (o singură tură, activitate cît mai bine ritmicizată, nestressantă etc.).

Orientarea profesională devine actuală pentru persoanele tinere necalificate şi are în vedere profesiuni şi locuri de activitate care să nu-i solicite prea mult nici energetic şi nici psihic, în condiţii de confort şi cu posibilitatea respectării regimului igieno-dietetic corespunzător.

Scanned with OKEN Scanner

Reorientarea profesională se poate indica la bolnavii tineri, cu profesiuni care nu mai sînt compatibile cu boala și atunci cînd nici modificarea sau amenajarea locului de muncă nu este posibilă. Se respectă principiile generale ale orientării și reorientării profesionale.

RECUPERAREA BOLNAVILOR COLECTOMIZAȚI

Colectomia este urmată de pierderi hidroelectrolitice importante și deficit al utilizării digestive. În perioada postoperatorie timpurie se observă numeroase emisiuni de conținut intestinal ileal, galben-verzui, alcalin, cu resturi alimentare. În mod secundar starea de nutriție se alterează, se instalează o deshidratare cronică cu hiponatremie, hipopotasemie, hipocalcemie și hipomagneziemie. După cîteva săptămîni, și în continuare pînă la 6—8 luni, se dezvoltă un proces complex de adaptare din partea intestinului subțire, reflectat în transformări morfofuncționale și bacteriologice. Tranzitul se încetinește pînă la 6 și chiar 8 ore. Pliurile se accentuează, mărind suprafața absorbtivă și favorizînd încetinirea transportului. În lumenul intestinului se dezvoltă o floră bacteriană complexă care devine capabilă să îndeplinească activitatea putrefactivă și fermentativă pe care o exercită în mod normal colonul. În acest fel sînt produși acizi organici și amoniac, care pot fi identificați în conținutul intestinal. Sub termenul de „colizare" s-a descris transformarea ileonului într-un tub lipsit de relief enteral, asemănător colonului fără haustre. Acest aspect se întîlnește însă mai rar și uneori apare secundar dilatării suprastenotice preanastomotice care se poate produce.

Important este ca alimentația să respecte riguros principiile de cruțare, restrîngîndu-se cu deosebire celulozicele și dulciurile, și evitîndu-se sistematic laptele. Totdeauna trebuie asigurat necesarul caloric făcînd un calcul care să aibă în vedere și pierderile fecale de produși nutritivi, inevitabile la acești bolnavi. Rația de lichide trebuie de asemenea sporită. Cu timpul se ajunge la un număr redus de evacuări, 3—4 la zi, cu materii fecale păstoase. Probleme specifice sînt ridicate în plus de tipul intervenției care completează colectomia.

Anastomoza ileo-rectală oferă cele mai bune rezultate, deoarece conservă atît rezervorul rectal, cît și aparatul musculo-sfincterian anal. Este intervenția care realizează vindecarea definitivă. Este grevată de riscuri doar atunci cînd inflamația persistă la nivelul bontului rectal (recidive, stenoze, risc de cancerizare). Tratamentul local cu Hidrocortizon sau Salazo-

Scanned with OKEN Scanner

pirin poate prelungi perioada de liniște și suprimă chiar în întregime reactivările.

Anastomoza ileoanală, indicată atunci cînd rectul nu poate fi păstrat din cauza unor alterații severe, prezintă două mari neajunsuri. Lezarea inervației anale sau a sfincterului produce o incontinență imposibil de corectat tehnic, avînd în vedere condițiile topografice. (Se încearcă restabilirea continenței prin perineorafie. În prezent există însă diferite procedee care evită instalarea acestei infirmități). Pentru bărbați, extirparea rectului conduce și la tulburări în sfera genitală, dominate de impotență. Problema are implicații psiho-sociale care generează o rezervă justificată față de acest tip de intervenție.

RECUPERAREA BOLNAVILOR CU ILEOSTOMIE

Ileostomia abdominală definitivă este acceptată doar ca soluție de extremă necesitate, din cauza invalidității realizate. Experiența bogată din țările cu morbiditate crescută în RCH tinde să atenueze însă gravitatea acestei condiții iatrogene. Standardizarea procedeelor operatorii, existența unor aparate de contenție convenabile și reglementarea conduitei față de neostoma creată, evită, în mare măsură, neajunsurile acestei intervenții. Condiția primordială este confecționarea unei ileostomii corecte prin situație, prin dimensiune, prin fixitatea segmentului intestinal anastomozat. Se evită în acest fel complicații ca stenoza, prolapsul, gangrenarea, lipsa de etanșeitate a legăturii cu aparatul de contenție (generatoare de leziuni cutanate) (7). Sînt verificate mai multe tehnici de ileostomie continentă care utilizează musculatura peretelui abdominal, permițînd dezvoltarea unui rezervor ileal (9). Tehnologia aparatelor de contenție s-a perfecționat încît ileostomizații sînt capabili de o viață profesională și socială activă, fără diferențe față de perioada preoperatorie: exercitarea celor mai variate profesiuni, practicarea sportului și chiar a înotului, activitatea sexuală și ducerea la termen a sarcinii. Instruirea bolnavului în tehnica folosirii colectoarelor și a toaletei locale a zonei peristomale contribuie la ameliorarea rezultatelor îndepărtate ale operației. Dezodorizantele, regimul alimentar, ajută la asigurarea unei existențe apropiate de cea obișnuită. Global, rezultatele sînt bune: într-un grup de 228 colectomizați cu anastomoza ileorectală, 219 s-au dovedit capabili de o existență normală și doar 9 au trebuit să-și limiteze activitatea. Se menționează riscul crescut al ileostomizaților pentru litiaza urinară

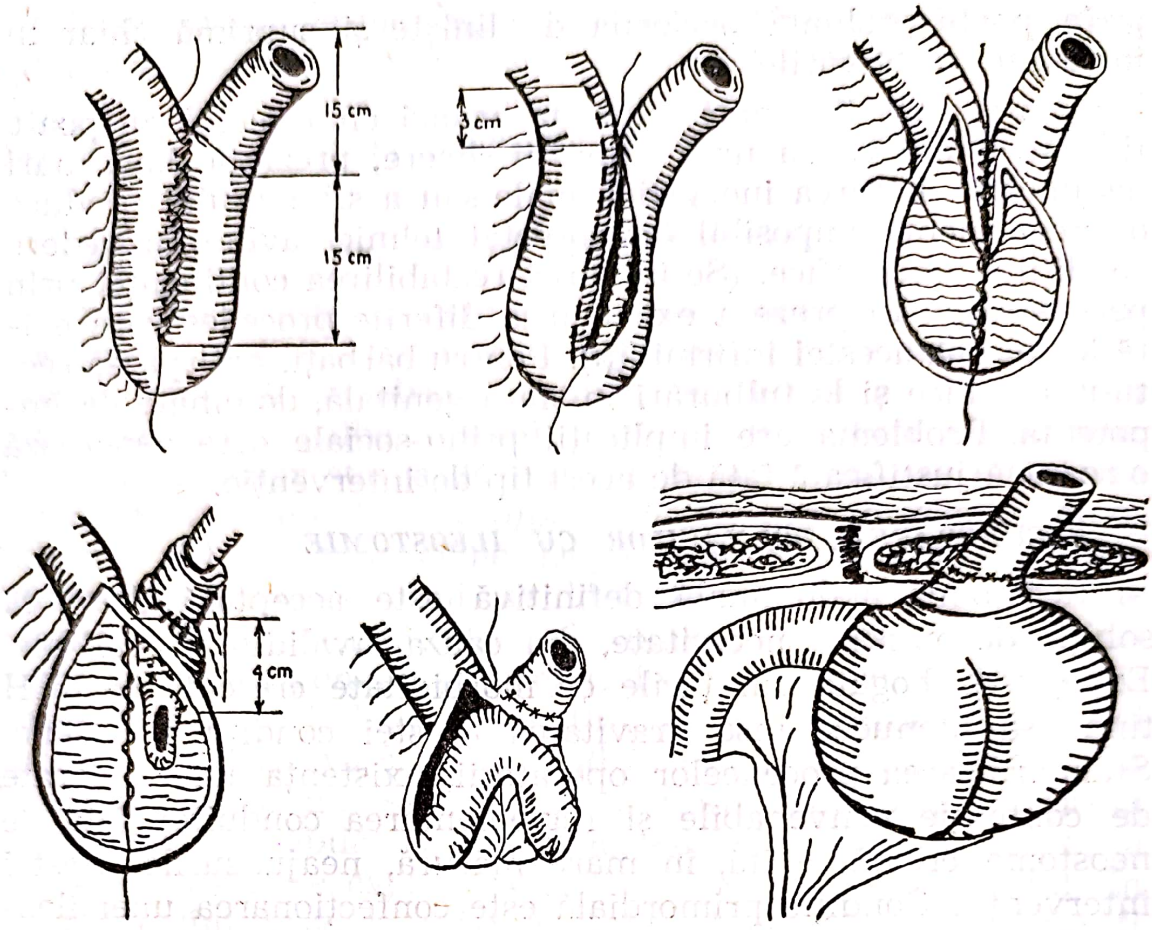


Fig. 6. Reprezentare schematică a procedurii de ileostomie continentă Kock cu rezervor ileal intraabdominal (după Halvorsen şi Heimann).

urică, favorizată de aciditatea urinii, oligurie şi concentraţia crescută în uraţi.

După momentul apariţiei, se diferenţiază incidentele şi accidentele precoce şi tardive ale ileostomiei (7, 14). Cele precoce sînt infecţia peretelui, fistulele, infecţia bontului colic exteriorizat. Tardiv se pot dezvolta stenozele intestinale şi stomale, retracţia intestinului, eroziunile cutaneo-mucoase, prolapsul mucoid reductibil sau ireductibil, retracţia intestinului, fecalomul bontului distal, diareea, incontinenţa ileostomiei. Se diferenţiază şi un grup de accidente acute, ca eviscerarea (ieşirea unei anse intestinale sau a epiploonului), sfacelarea intestinului, perforaţia colică şi ocluzia.

Accidentele cronice sînt dominate de prolapsul total (în formă de cilindru, în T, în pintene sau hemisferic). Sînt posibile şi eventraţii la nivelul orificiului stomal.

Recuperarea bolnavilor cu ileostomie presupune rezolvarea tuturor acestor manifestări secundare.

Scanned with OKEN Scanner

Suprimarea prolapsului dispune de două posibilităţi. Reducerea şi fixarea colonului la perete este recomandabilă pentru prolapsul necomplicat. Rezecţia colonului prolabat se impune în cazurile ireductibile sau a strangulării. Este totodată metoda cea mai eficace şi pentru prolapsul necomplicat (14). Urmează refacerea anusului artificial.

Profilaxia prolapsului ţine seama de riscul crescut oferit de orificiile largi, fără butonieră musculară, ca şi de segmentele mobile ale colonului, care pot veni sub piele datorită mezourilor lor lungi, dacă nu s-a făcut fixarea la perete.

Eventraţia survine frecvent, mai ales după colostomii. Se impune cura chirurgicală (transpoziţia anusului artificial şi refacerea peretelui). Ireductibilitatea reprezintă de fapt o permanentizare a prolapsului. Aceasta favorizează traumatisme, infecţii şi retenţie stercorală. Prin agravare duce la strangulare, care impune intervenţie de urgenţă.

Psihoterapia are un loc principal la aceşti bolnavi care fac deseori reacţii depresive. Se apreciază că prelungirea unor astfel de stări peste trei săptămîni — interval în care este justificată — ia semnificaţie patologică (14).

Prevenirea lor trebuie să impună toate eforturile psihoterapeutice. Bolnavii vor fi puşi la curent cu neajunsurile anusului artificial, care „nu pot fi ascunse, dar trebuie minimalizate". După vindecarea plăgii trebuie să fie interesaţi în toaleta locală şi instruiţi. Experienţa arată că răsunetul psihic al infirmităţii diminuă dacă se face o educare cît mai timpurie. Vor fi avuţi în vedere şi alţi factori depresogeni, şi în primul rînd impotenţa sexuală după amputarea de rect. O condiţie esenţială este asigurarea unei aparaturi de calitate cu perfectă etanşeitate. Un anus bine controlat la un bolnav bine instruit nu poate fi cauza nici unei depresii psihice (14).

Capacitatea de muncă a acestor bolnavi este iniţial pierdută, apoi se poate relua activitatea cu program redus, iar ulterior cu program complet, urmînd principiile generale.

La cei cu ileostomie definitivă ne vom orienta în funcţie de parametri cunoscuţi. Dată fiind evoluţia îndelungată a suferinţei şi dificultăţile activităţii în calectivităţi chiar mici, se indică munca la domiciliul bolnavului în cadrul cooperativelor teritoriale de valizi sau invalizi, în activităţi cu produse artizanale meşteşugăreşti (o gamă extrem de largă) sau de birou (copiat acte, traduceri).

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. BIANCALANA, L., MASERA, N., Min. Med. 102, 1966, 4409.
2. FAHRLÄNDER, H., Dtsch. Med. Wschr, 44, 1966, 1953.
3. FLEMING, R. M., Amer. J. Gastroenterology, 4, 1967, 299.
4. FODOR, O., STEIN, St., ACHIM, N., Med. Int., 12, 1960, 689.
5. FODOR, O., *Tratat elementar de medicină internă*, vol. II, Ed., Dacia, Cluj, 1973.
6. JONES, A., GUMMER, J. W. P., LENNARD-JONES, J. E., *Clinical Gastroenterology*, ed. II, Ed. Blackwell Scient. Publ., Oxford, 1968.
8. HALVORSEN, I. F., HEIMANN, P., Brit. J. Surg., 62, 1975, 52.
8. HEFTI, M. L., Schw. med. Wschr., 28, 1968, 1051.
9. KOCK, N. G., Progress in Surgery, 12, 1974, 180.
10. MANDACHE, Fl., DRAGNEV, D., MATEESCU, D., J. Chir., 1, 1969, 29.
11. MIALARET, J., Praxis, 40, 1966, 1129.
12. MÖRL, F. K., MATIS, P., Med. Welt, 47, 1967, 2844.
13. RACHET, J., BUSSON, A., DEBRAY, Ch., *Maladies de l'intestin et du péritoine*, Ed. Flammarion, Paris, 1954.
14. PERROTIN, J., TESTART, J., Ann. Chir., 21, 23, 24, 1967, 1429.
15. RĂCEANU, I., Med. Int., 9, 1969, 1103.
16. RITCHIE, J. K., Brit. med. J., I, 1974, 264.
17. STĂNESCU, L., FRĂŢILĂ, I., MUNTEANU, P., ITU, I., BADEA, Gh., Med. Int., 1, 1968, 103.

17a. STĂNESCU, L., DEJICA, D., Med. Int., 2, 1975, 101.

18. THEISINGER, W., Münch. med. Wschr., 22, 1969, 1252.
19. WARIDEL, D., Praxis, 20, 1967. 683.

Scanned with OKEN Scanner

XII
RECUPERAREA BOLNAVILOR CU SINDROAME ISCHEMICE INTESTINALE

Deficitul de irigaţie intestinală poate realiza mai multe sindroame, în raport cu ritmul de instalare a ischemiei (acute, cronice), cu lungimea şi calibrul segmentului obliterat dar şi în funcţie de capacitatea compensatorie a circulaţiei colaterale (3, 8). Tulburările apar în mod obişnuit la bolnavi cu afecţiuni vasculare manifeste de mai multă vreme în alte teritorii. Alteori survin în legătură cu unele condiţii emboligene sau trombozante. De multe ori ischemia mezenterică rămîne latentă şi este recunoscută doar printr-o arteriografie abdominală ocazională sau prin examenul necroptic sistematic. Apreciată în ansamblu, patologia intestinală ischemică reprezintă o raritate clinică şi de regulă se corelează cu vîrsta de apogeu a frecvenţei aterosclerozei (8).

XII.1. INSUFICIENŢA PROGRESIVĂ A ARTEREI MEZENTERICE SUPERIOARE

Sindromul este realizat aproape totdeauna de ateroscleroză şi afectează, deci, bolnavi în general trecuţi de 60 de ani, cu antecedente coronariene sau de ischemie periferică (1). Există şi posibilitatea compresiunilor trunchiului celiac sau a insuficienţei mezenterice funcţionale (prin insuficienţă aortică sau insuficienţă cardiocirculatorie). Manifestarea clinică reprezentativă constă din „angina abdominală": dureri epigastrice paroxistice, cu instalare postprandială la 15—30 minute şi cu durată de 1—3 ore, influenţate favorabil de vasodilatatoare. Durerea este caracterizată printr-o zonă largă de iradiere în

Scanned with OKEN Scanner

întregul abdomen sau cu extinderea în torace, spre inima și umeri. Aceasta este asociată și de o senzație accentuată de plenitudine, meteorism, iar în formele severe, de paloare, ameţeli, transpiraţii, răcirea extremităţilor. La examenul obiectiv se poate percepe un suflu sistolic periombilical care indică sediul stenozei arteriale. Zgomotele hidroaerice se răresc din cauza hipomotricităţii enterale (silentium auscultatoric). Criza este însoţită uneori de eructaţii, vărsături, flatulenţă, instalate în faza finală de exacerbare a peristaltismului gastrointestinal și marcînd încetarea acuzelor paroxistice. Acest sindrom a fost descris de Ortner sub denumirea de „dispragie intestinală arteriosclerotică". Un echivalent minor al său constă din meteorism postprandial supărător la bolnavi cu dispepsie gazoasă permanentă. Din cauza acestui simptom, bolnavii își limitează aportul alimentar și ajung astfel la denutriţii, care pot deveni importante.

Paralel cu sindromul ischemic dureros postprandial, mai rar declanșat de frig sau de emoţii, se poate dezvolta și un tablou de malabsorbţie, cu diaree și eventual steatoree. Progresiv acesta se completează cu semne de carenţă vitaminică, proteinică și calcică. Pe fondul manifestărilor menţionate pot surveni și accidente acute trombotice.

DIAGNOSTICUL

Diagnosticul presupune excluderea celorlalte cauze mai frecvente ale durerilor abdominale postprandiale și ale denutriţiei. Terenul vascular oferă un important indiciu de probabilitate. Evidenţierea unui suflu sistolic abdominal aduce o precizare de mare valoare. Obstrucţia arterială este evidenţiată prin arteriografie selectivă (pe cale femurală).

RECUPERAREA
MĂSURI MEDICALE

În insuficienţa progresivă a arterei mezenterice superioare se urmărește în primul rînd prevenirea și suprimarea crizelor postprandiale (4). În acest scop se administrează înainte de masă nitroglicerină, papaverină sau miofilină, ca la anginoșii coronarieni înainte de eforturi. Aceleași medicamente sînt indicate și pentru combaterea durerilor instalate. Este necesar să obișnuim bolnavii cu mese mici, repetate. Dealtfel, apariţia durerilor îi determină uneori să adopte și spontan un astfel de program („small meal syndrom", sindromul prînzului redus). Este indispensabil un repaus postprandial, cel puţin după mesele principale, pentru a se putea asigura un debit mezen-

Scanned with OKEN Scanner

teric mai crescut. Se recomandă alimente cu digestibilitate ușoară, care solicită intervale cît mai scurte pentru efortul de digestie și absorbție.

Restabilirea circulației mezenterice este principala problemă a recuperării acestor bolnavi. Rezolvarea ei întîmpină aceleași greutăți ca întreaga chirurgie de reconstrucție vasculară și protetică. Indicația absolută a intervenției chirurgicale constă din durerile paroxistice repetate și slăbirea importantă, prin malabsorbție și prin autolimitarea consumului de alimente. Întrucît leziunea arterială nu este izolată, ci de cele mai multe ori este vorba de ateroscleroză extinsă, pot interveni contraindicații de ordin general: infarctul miocardic, tromboze cerebrale recente. Trebuie totuși să avem în vedere că restabilirea circulației intestinale la un debit suficient este singura speranță de vindecare (5, 10). Asupra oportunității intervenției se poate discuta doar în cazurile cu dureri inconstante și de grad redus. Este recomandabil ca restabilirea circulației mezenterice să se efectueze chiar în lipsa manifestărilor ischemice majore, atunci cînd se intervine pentru operații plastice pe aorta inferioară, avînd în vedere riscul agravării ulterioare a ischemiei intestinale, dar și dificultatea tehnică de rezolvare în noile condiții a eventualelor accidente ischemice.

Se recurge la unul din următoarele procedee:

1. *Dezobstrucția prin trombendarterectomie* este prima intervenție chirurgicală care s-a aplicat. Se pot obține bune rezultate dar sînt posibile recidive și complicații, ca anevrismul disecant (pe care îl favorizează decolarea endarterei indurate), ceea ce îi limitează utilizarea.

2. *Simpatectomia periarterială* este un procedeu de necesitate, folosit pe scară redusă și numai atunci cînd alte intervenții mai laborioase nu pot fi suportate (6).

3. *Reimplantarea arterei mezenterice pe aortă la un nivel inferior* se practică după secționarea trunchiului arterial sub stenoză. Tehnica poate fi folosită pentru ambele mezenterice. Are avantajul de a fi ușor de executat și de a evita interpunerile de materiale plastice. Restabilește un flux arterial satisfăcător. Are însă și neajunsuri: pericolul de lezare a unor ramuri colaterale importante, tracțiunea ramurilor drepte care anastomozează circulația pancreatică cu sistemul trunchiului celiac. În plus, dacă leziunile aterosclerotice ale arterei sînt grave, comunicarea devine imposibilă. Se apreciază că această situație se găsește la aproape 50% din bolnavi.

4. *Anastomoza arterială latero-laterală a arterei mezenterice cu aorta.* Cele două vase vin în contact prin raporturile

Scanned with OKEN Scanner

naturale după disecarea trunchiului mezentericei şi a feţei anterioare a aortei. Intervenţia asigură o anastomoză largă şi nu produce tracţiuni asupra colateralelor (6).

5. *Realizarea unui by-pass cu ajutorul tuburilor interpuse:* aorto-splenic, aorto-mezentero-splenic, aorto-aortic, toraco-abdominal etc. Lipsa de dificultăţi a acestei tehnici este binecunoscută, dar nu lipsesc nici aici criticile. Acestea au în vedere în primul rînd protezele de material sintetic (tricot de dacron sau teflon) care pot deveni sediul unor tromboze, pot provoca inversarea circulaţiei arteriale, cresc rezistenţa periferică. La nivelul suturilor sînt posibile şi decubitusuri ale peretelui intestinal urmate de perforaţii. Pentru protezare sînt preferate din aceste motive autotransplantele venoase. În perspectivă se întrevede utilizarea homotransplantelor arteriale care au fost verificate pînă în prezent pe serii mari de cazuri. Controlul arteriografic la 3—6 luni verifică starea circulaţiei (9).

XII.2. COLITA ISCHEMICĂ

Reprezintă un sindrom produs prin irigaţia deficitară a colonului (7). Localizarea predilectă a tulburărilor corespunde unghiului splenic, zonă de trecere între circulaţia mezenterică superioară şi inferioară care dispune de anastomoze mai sărace. Niciodată nu este afectat rectul. Extinderea ischemiei este totdeauna segmentară, pe lungimi variabile. Tulburarea este tranzitorie şi leziunile reversibile, dacă trunchiul obliterat este de mică importanţă. Dacă leziunile ischemice interesează doar mucoasa, vindecarea se realizează prin stenoză cicatriceală. Obstrucţia unor ramuri voluminoase duce însă la necroză segmentară, „colita necrotică", în esenţă un infarct cu alură inflamatorie din cauza suprainfecţiei. Se produc frecvent perforaţii cu peritonită. Procesul se poate remite pînă la vindecare („colita ischemică tranzitorie") sau evoluează spre stenoză colică. Altădată evoluţia se face spre „ulcer simplu" al colonului.

DIAGNOSTIC

Diagnosticul se bazează pe existenţa unei boli vasculare difuze şi presupune excluderea colitei Crohn şi a cancerului.

Scanned with OKEN Scanner

RECUPERARE

În puseul ischemic se administrează vasodilatatoare și antibiotice. Evoluția spre stenoze reziduale impune rezecția segmentară a colonului. Chirurgia plastică oferă și în acest teritoriu perspective de restaurare (7).

XII.3. INFARCTUL INTESTINO-MEZENTERIC

Cea mai severă manifestare a ischemiei intestinale este infarctul intestino-mezenteric, produs prin obstrucții arteriale instalate brusc (2, 8). Cauza cea mai frecventă este tromboza unor vase aterosclerotice, dar sînt posibile și embolii (în trombozele intracardiace sau în endocardita septică) sau leziuni de periarterită nodoasă.

Începutul accidentului este brusc, prin dureri abdominale extrem de violente, cu iradiere în extremitățile inferioare. Bolnavul prezintă stare de șoc, vărsături și suprimarea tranzitului. Abdomenul este meteoristic, la palpare se poate sesiza segmentul infarctat ca o împăstare circumscrisă, profundă și sensibilă. După 12—24 ore apar scaune diareice sanguinolente. Formele severe evoluează în continuare, cu tabloul ocluziei intestinale. Bolnavul sucombă, prin colaps sau peritonită. Leziunile de întindere redusă sînt compatibile cu vindecarea, eventual urmată de stenoză. În unele cazuri realizează tablouri asemănătoare cu enterocolitele acute infecțioase.

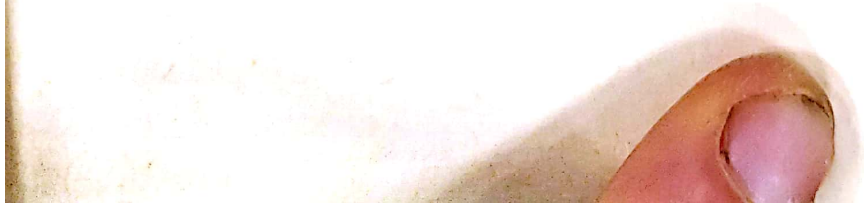
DIAGNOSTIC

Diagnosticul întîmpină multe dificultăți și de multe ori impune explorarea chirurgicală.

Prognosticul este în majoritatea cazurilor rezervat și uneori chiar infaust.

RECUPERARE

Problemelor generale ale ischemiei intestinale, ale infarctului intestino-mezenteric li se adaugă și problema specifică a vitalității sau necrozei segmentului afectat. Stabilirea indicației chirurgicale poate constitui o dilemă serioasă în cazul accidentelor care survin la ateroscleroticii cu multiple tare viscerale. Adeseori se așteaptă constituirea tabloului complet, cînd



Scanned with OKEN Scanner

diagnosticul poate fi făcut cu toată siguranța: apariția ocluziei, enteroragia, colapsul sever. Trebuie avut în vedere că singura șansă de supraviețuire rămîne intervenția chirurgicală efectuată într-un stadiu cît mai timpuriu. Aceasta se face de urgență, sub o pregătire preoperatorie rapidă, care comportă aspirație digestivă, transfuzii, reechilibrare hidroelectrolitică. Explorarea trebuie să fie completă, cu examinarea sistematică a trunchiurilor arteriale. Se practică rezecția de necesitate dictată de extinderea necrozei (10). Intervenția se rezumă la acest gest paliativ doar atunci cînd starea rea a bolnavului face imposibilă restaurarea circulației mezenterice sau cînd artera mezenterică superioară se dovedește funcțională. Este necesar să se caute o modalitate tehnică de refacere a irigației arteriale a intestinului, printr-unul din procedeele enumerate, cu sublinierea că acest tip de chirurgie este deseori dificil de realizat în condițiile de urgență (2). Efectul revascularizației asupra intestinului trebuie urmărit cu atenție. Este recomandabil ca între păstrarea segmentului afectat cu reintegrarea lui în circuit și rezecția imediată (chiar abuzivă, dar de securitate) să se prefere totdeauna rezecția ori de cîte ori vitalitatea intestinului este nesigură. După intervenție continuă acțiunile de reanimare, inclusiv antibioterapia cu spectru larg, vasodilatatoarele și substanțele inhibitoare ale aglutinării trombocitelor (Dextran, Rheomacrodex). Bolnavii supuși rezecției beneficiază de toate măsurile de recuperare cerute de această situație.

Recuperarea medicală se completează în funcție de particularitățile fiecărui caz cu balneofizioterapie, kineziterapie, exerciții sportive, terapie ocupațională, ergoterapie, psihoterapie.

Evaluarea capacității de muncă se face după conduita practică expusă. În funcție de situația concretă a fiecărei persoane expertizate, capacitatea de muncă poate fi: păstrată, redusă sau pierdută. Prin gravitatea lor deosebită, bolile vaselor mezenterului determină în multe cazuri pierderea capacității de muncă și încadrarea în invaliditate, mai frecvent în gradul II.

Probleme profesionale nu se ridică de regulă, avînd în vedere vîrsta înaintată, 60—65 ani, la care survin cea mai mare parte a sindroamelor ischemice. La vîrstă mai tînără se tinde să se asigure o concordanță între utilizarea digestivă și necesarul caloric. Ceea ce impune încadrarea într-un grad de invaliditate sau reorientarea profesională este cel mai adesea suferința cardiacă concomitentă.

Scanned with OKEN Scanner

Problemele sociale sînt cele ale cardiovascularilor în general şi ale deficienţilor digestivi. Este necesar un program de viaţă igienic, evitarea stărilor de agitaţie, respectarea programului de mese frecvente, puţin abundente.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. DEBRAY, Ch., LEYMARIOS, J., HARDOUIN, J. P., CERF, M., PAOLAGGI, J. A., HERNANDEZ, Cl., Presse. Méd., 14, 1967, 691.
2. GARBAY, M., COSSA, J. F., Rev. Prat., 23, 1973, 2793.
3. HOFMANN, K., CONSIGLIO, L., RESCHKE, H., Min. Chir., 5, 1968, 203.
4. LAGNEAU, P., CORMIER, J. M., Rev. Prat., 23, 1973, 2861.
5. LAPEDAT, P., *Infarctul intestinal*, Ed. medicală, Bucureşti, 1973.
6. LÉNA, A., Rev. Prat., 23, 1973, 2783.
7. MARSTON, A., PHEILE, M. T., THOMAS, M. L., MORSON, B. C., GUT, 7, 1966, 1.
8. MOGA, A., HĂRĂGUŞ, Şt., *Ateroscleroza*, Editura Academiei R.S.R., Bucureşti, 1963, 326.
9. WEIMANN, G., FLORA, G., Z. f. Allgemein Medizin, 27, 1973, 1287.
10. WINNINGER, A. L., J. Chir., 5, 1972, 441.

Scanned with OKEN Scanner

XIII
RECUPERAREA BOLNAVILOR CU STAZĂ INTESTINALĂ SEGMENTARĂ

În acest cadru sînt cuprinse sindroamele malabsorbtive realizate prin acţiunea patogenetică a florei bacteriene dezvoltate la nivelul unor segmente de intestin subţire al căror conţinut se evacuează incomplet (7).

Staza intestinală segmentară trebuie avută în vedere la bolnavii care au suferit intervenţii abdominale, cu deosebire rezecţii de intestin şi care prezintă un sindrom diareic cronic, cu sau fără steatoree (2, 3, 6, 12). Recunoaşterea sindromului este mai puţin sigură în afara antecedentelor chirurgicale. Diagnosticul se efectuează în baza examenului radiologic, care pune în evidenţă segmentul stagnant şi precizează totodată substratul lezional.

PREMISE ETIOPATOGENETICE ŞI FIZIOPATOLOGICE DE RECUPERARE

Este vorba de afecţiuni de origine foarte variată care creează condiţii de stază intestinală segmentară. Sînt descrise pînă în prezent următoarele tipuri (1, 8, 9, 10, 11):

1) Ansă intestinală oarbă („blind-loop", Backer şi Hummel, 1939);

2) Stenoze intestinale multiple sau unice, tuberculoză (Faber, 1897), boala Crohn, compresiuni etc.;

3) Diverticuloză intestinală difuză sau diverticul unic;

4) Anomalii de statică: ansă aferentă lungă la gastrectomizaţi, procese aderenţiale cu perturbarea dinamicii motorii;

5) Scurt circuitări (fistule patologice) sau chirurgicale (şunturi terapeutice).

Mecanismul de realizare a malabsorbţiei în toate aceste condiţii morfopatologice este unic şi justifică încadrarea tuturor variantelor etiologici într-un cadru unitar. *Factorul esenţial este flora bacteriană care se înmulţeşte în exces deasupra obstacolului, în cavităţile diverticulare sau la segmentele in-*

Scanned with OKEN Scanner

testinale excluse din circuit, dar comunicînd printr-una din extremităţi cu restul intestinului. Stagnarea chimului intestinal şi perturbarea peristalticii creează condiţii optime de proliferare a bacteriilor aerobe şi anaerobe. Difuzînd din segmentul stagnant în toată aria subiacentă şi uneori chiar în sens proximal, bacteriile exercită acţiuni patogenetice asupra proceselor digestive şi a peretelui intestinal.

Flora intestinală patologică acţionează prin perturbarea activităţii digestive (în principal prin degradarea sărurilor biliare); alteraţii inflamatorii ale mucoasei intestinale; consumul unor factori nutritivi esenţiali (B_{12}, acid folic, acizi aminaţi).

Participarea enteritică difuză realizează tablouri malabsorbtive mai complexe care înglobează, alături de pierderea din greutate, anemii feriprive, deshidratări şi dezechilibre minerale, hipovitaminoze.

EVOLUŢIE ŞI PROGNOSTIC

Afecţiunea evoluează prin episoade diareice paroxistice intercalate de remisiuni tranzitorii, produse prin administrarea orală de antibiotice. Manifestările sînt progresive. De la constituirea stazei segmentare iatrogene pînă la apariţia primelor manifestări există intervale libere de durată foarte variabilă. Anemia megaloblastică se dezvoltă tardiv şi la o proporţie mai redusă din cazuri. Prognosticul este în funcţie de dimensiunile segmentului stazic şi de natura procesului cauzal. Este rezervat atunci cînd este vorba de leziuni progresive sau cu recurenţe postoperatorii.

EXPERTIZA MEDICALĂ A CAPACITĂŢII DE MUNCĂ

Se face după principiile generale. Nu este necesară trimiterea la comisiile de expertiză medicală decît a cazurilor complicate cu anemie megaloblastică ori cu sindrom de malabsorbţie sever, cînd este necesar un concediu mai îndelungat sau chiar încadrarea temporară în invaliditate pînă la reintervenţie şi redresarea echilibrului biologic perturbat. Încadrarea în invaliditate — ca şi durata sa — este în funcţie de forma etiologică a afecţiunii, precum şi de profesiunea şi solicitările locului de muncă al persoanei de expertizat.

RECUPERARE

RECUPERAREA MEDICALĂ

Singura măsură care rezolvă radical sindromul este suprimarea chirurgicală a segmentului stagnant. Indicaţiile intervenţiei sînt dictate de însăşi natura leziunii stenozante, de gradul

Scanned with OKEN Scanner

important al retenţiei, agravarea progresivă a stării clinice, eşecul curelor repetate cu antibiotice.

Intervenţia va fi precedată de o temeinică pregătire care vizează deprimarea florei bacteriene şi ameliorarea stării biologice (corectarea anemiei, a deficitului proteinic şi hidroelectrolitic).

Strategia intervenţiei variază cu situaţia de rezolvat: suprimarea anselor oarbe din anastomozele laterale, rezecţia segmentelor stenotice, extirparea diverticulilor voluminoşi şi eventual enterectomii limitate în diverticuloza circumscrisă, repunerea în circuit a porţiunilor şuntate, reintroducerea duodenului în circuitul digestiv la rezecaţii Reichel-Polya etc.

Restabilirea continuităţii se face, fără excepţie, prin anastomoză termino-terminală. În prezent trebuie considerate drept erori anastomozele latero-laterale şi chiar cele termino-laterale. Experienţa a arătat posibilitatea ca un segment orb de mici dimensiuni să atingă, în cursul anilor, dimensiuni considerabile prin distensie progresivă. Rezolvarea tehnică este mai simplă pentru rezecţiile intestinului subţire; dificultăţi mai multe se întîmpină în hemicolectomiile drepte. În acest caz rămîne preferabilă ileo-transversostomia termino-terminală, care evită construcţia a două anse oarbe, una ileală şi alta cec-ascendentă.

Tratamentul se poate limita în unele cazuri la măsurile conservatorii şi în primul rînd la antibioterapia orală cu spectru larg (tetraciclină, neomicină). Curele au durată de 6—8 zile şi chiar două săptămîni, cu repetare după 1—3 luni, în raport cu durata remisiunii. Conduita paliativă este justificată doar în formele uşoare, cu segment stagnant de mici dimensiuni şi fără participare enteritică difuză. Atunci cînd rezultatele terapeutice sînt prompte se poate persista cu antibioterapia periodică. Aceeaşi conduită se impune la bolnavii cu risc chirurgical sau prin condiţiile precare de teren.

Un alt obiectiv al tratamentului constă din reechilibrarea biologică generală. După reducerea sindromului diareic, bolnavii vor beneficia şi de suplimentări vitaminice şi minerale, nelimitate în timp.

Rezultatele tratamentului sînt bune, fără excepţie, dacă se aplică diferenţiat măsurile impuse de situaţia concretă dată. A urmări cu orice preţ evitarea intervenţiei este nejustificat atunci cînd rezultatele terapiei conservatoare sînt nesatisfăcătoare. Tot astfel însă este inutil a supune bolnavii unor noi

Scanned with OKEN Scanner

rezecţii dacă prezintă manifestări de mică amploare, controlabile prin cure repetate cu tetraciclină şi eventual chiar numai cu sulfamide neresorbabile.

RECUPERAREA PROFESIONALĂ ŞI SOCIALĂ

Nu ridică probleme particulare. După o perioadă de concediu medical necesară rezolvării terapeutice, bolnavii îşi pot relua activitatea fără nici o restricţie. Pot fi consideraţi sănătoşi în măsura în care boala de bază nu progresează, implicînd prin ea însăşi o agravare în viitor. Se vor evita orice agresiuni alimentare susceptibile de a declanşa noi exacerbări ale disbiozei la bolnavii care nu sînt supuşi intervenţiei.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. AMENT, M. E., SHIMODO, S. S., SAUNDERS, D. R., RUBIN, C. E., Gastroenterology, 60, 1971, 637.
2. BADENOCH, J., Brit. med. J., 1, 1960, 963.
3. BAYES, B. J., HAMILTON, J. R., Arch. Dis. Child., 44, 1969, 76.
4. CAVALLARO, J. B., ROSENSWEIG, N. S., Gastroenterology, 60, 1971, 646.
5. COOKE, S. T., COX, E. V., BONE, D. J., GADDIE, R., Gut, 4, 1963, 115.
6. DONALDSON, R. M., J. Clin. Invest., 44, 1965, 1815.
7. DUMITRAŞCU, D., BADEA, Gh., Med. Int., 3, 1970, 325.
8. GOLDSTEIN, E., Gastroenterology, 61, 1971, 780.
9. GRACEY, M., Gut, 12, 1971, 403.
10. KNAMER, C. M., SVOBODA, A. C., Amer. J. Med., 44, 1968, 606.
11. SHERLOCK, P., Gastroenterology, 52, 1967, 592.
12. TABAQCHALI, S., HATZIOANOU, I., BOOTH, C. C., Lancet, 2, 1968, 12.

Scanned with OKEN Scanner

XIV
RECUPERAREA BOLNAVILOR CU REZECȚII ENTERALE EXTINSE

Problema unei patologii generate prin suprimarea chirurgicală a unor segmente importante de intestin s-a conturat doar recent, ca urmare a posibilităţilor tehnice de exereză largă ale chirurgiei moderne. Se cunosc tot mai multe cazuri de supravieţuire după rezecţii intestinale extinse care ajung pînă la 85—90% din lungimea totală. Din experienţă s-a observat că înlăturarea a mai puţin de un metru din intestinul subţire rămîne practic fără urmări. Dimpotrivă, rezecţiile mai extinse dobîndesc de regulă semnificaţie patologică. Manifestările care se dezvoltă sînt cuprinse sub denumirea patogenetică de „sindrom al intestinului scurt", care reflectă esenţa mecanismului patogenetic: insuficienţa suprafeţei absorbtive. La aceasta se adaugă însă şi alţi factori, ceea ce explică lipsa unei relaţii liniare între extinderea rezecţiei şi severitatea tulburărilor (2, 4, 5).

PREMISELE ETIOPATOGENETICE ŞI FIZIOPATOLOGICE ALE RECUPERĂRII

Afecţiunile care pot duce la rezecţii de intestin. Rezecţia de intestin apare necesară în boala Crohn, tuberculoza intestinală stenozantă, perforaţii intestinale, infarct intestinal (prin embolie sau tromboză arterială), ileus cu necroză de intestin, procese tumorale maligne intestinale, în unele forme de ileus mecanic, polipi intestinali, hemoragii ş.a. Indicaţia sa pentru bolile reversibile se face doar după epuizarea tuturor mijloacelor terapeutice medicale aplicate corect şi un timp suficient.

Manifestările clinice constau din diaree cu fenomenele obişnuite de malabsorbţie, slăbire în greutate, astenie, carenţe vitaminice, hipoproteinemie, hipocalcemie. Anemia este frecventă, avînd la origine carenţa de fier, de vitamină B_{12} şi de acid folic. Tulburările hidroelectrolitice sînt obişnuite şi uneori au o gravitate mare. Deficitul nutritiv poate fi sever, încît face imposibilă orice activitate. De cele mai multe ori,

Scanned with OKEN Scanner

simptomele au amplitudine maximă în faza imediat postoperatorie și se reduc apoi progresiv, ca urmare a proceselor adaptative complexe ce se dezvoltă (1, 2, 5, 9).

Toleranța față de rezecțiile intestinale extinse variază mult fiind condiționată de mai mulți factori:

1. *Lungimea segmentului extirpat.* Enterectomiile sînt compatibile cu viața pînă la o anumită limită a extinderilor, care nu poate fi însă considerată în mod schematic. Se apreciază că omul suportă îndepărtarea a 33% din lungimea intestinului subțire fără dificultăți, dar că 50% reprezintă limita superioare de siguranță. Noțiunea de „rezecții extinse" se rezervă mai ales pentru rezecțiile de peste 2/3. Întrucît există foarte mari variații individuale ale lungimii intestinului, exprimarea segmentului extirpat este mai bine să fie făcută procentual și nu în cifre absolute.

2. *Conservarea valvulei ileocecale* este un element important pentru reglarea vitezei de tranzit. În absența valvulei, transportul este mult accelerat și declanșează diarei refractare.

3. *Topografia segmentului eliminat.* Absența jejunului este mai ușor tolerată decît cea a ileonului, din cauza posibilităților de compensare mai ample pe care le oferă teritoriul distal.

4. *Starea anatomică a intestinului restant.* Alterațiile inflamatorii — crohniene mai obișnuite — diminuă capacitatea funcțională astfel că malabsorbția este mai severă.

5. *Conservarea (parțială sau totală) a colonului.* Rolul însemnat al mucoasei colice în absorbția apei și electroliților, ca și digestia bacteriană ce se desfășoară intracolic explică severitatea diareei la bolnavii supuși rezecțiilor extinse enterocolice.

6. *Popularea bacteriană a intestinului subțire adăugată în mod secundar,* mai ales după suprimarea sfincterului ileocecal, amplifică maldigestia și malabsorbția postenterectomică prin multiple mecanisme.

7. *Întreruperea circuitului enterohepatic al sărurilor biliare prin rezecția ileonului.* Se știe că ileonul distal este principalul sediu de absorbție al acestor săruri. Ajunse în colon — transformate de bacterii — sărurile biliare exercită o acțiune catartică accentuată, declanșînd astfel o diaree apoasă („enteropatia colereică").

8. *Rezecția colonului sau a hemicolonului drept,* asociată de multe ori rezecției ileonului, compromite în particular absorbția apei, ca principală funcție a colonului.

Scanned with OKEN Scanner

Din aceste constatări decurg măsuri de profilaxie a malabsorbţiei după rezecţiile intestinale şi de terapie patogenetică.

Recuperarea bolnavilor trebuie să aibă în vedere şi afecţiunea cauzală care a determinat rezecţia. Trebuie cunoscută şi dinamica procesului adaptativ care urmează după rezecţie, cu ritm rapid în primele 3—4 săptămîni şi perfectîndu-se în următoarele 6—12 luni. Cercetările morfofuncţionale evidenţiază modificări complexe cu semnificaţie de compensare parţială a pierderii din lungimea intestinului.

Mecanismul adaptativ are un important aspect morfologic (7, 11). Flint (1912) a demonstrat pentru prima dată că segmentul restant are calibru mai mare şi vilozităţi hipertrofice. Sub anastomoză, intestinul se dilată, diametrul diminuînd în sens aboral progresiv. Se realizează un segment dilatat postanastomotic, la nivelul căruia tranzitul este încetinit. Absorbţia se menţine bună, aşa cum precizează aspectul microangiografic nealterat al mucoasei (6). Vilozităţile cresc în lungime şi măresc astfel suprafaţa absorbtivă. Transformarea este mai accentuată pe ileon. S-a calculat că suprafaţa intestinului restant se dublează la trei săptămîni după rezecţia jumătăţii proximale. Mecanismul constă din accelerarea regenerării epiteliale şi a migrării celulelor din cripte spre apexul vilozitar. Enterocitele sînt bine diferenţiate, ultrastructura lor nu este modificată. Turnover-ul epitelial crescut are totuşi expresie enzimatică, corespunzător gradului de imaturitate relativă a acestor celule. Mai importantă este reducerea activităţii dizaharidazice care explică intoleranţa faţă de dizaharide, prezentă la mulţi bolnavi. Contribuie la realizarea adaptării şi staza ileală, realizată prin hipertonia valvulei ileocecale. Colonul intervine la rîndul său prin încetinirea tranzitului şi creşterea capacităţii de absorbţie a apei. Se descrie şi amplificarea secreţiei pancreatice.

Bolnavii supuşi rezecţiei ileonului terminal suferă o depleţie de săruri biliare (absorbite selectiv la acest nivel) care nu poate fi corectată prin sinteză crescută — în mod reactiv — la nivelul ficatului. Se constituie de aceea cu timpul o discolie cu exces relativ de colesterol. În acest fel creşte riscul litogenetic deoarece solubilitatea colesterolului necesită o anumită concentraţie de acizi biliari. Într-adevăr, incidenţa calculilor biliari colesterolici este mărită în aceste condiţii.

Scanned with OKEN Scanner

PROFILAXIE

Profilaxia malabsorbţiei postenterectomice începe cu o conduită terapeutică corectă faţă de afecţiunile care pot duce la rezecţie. Indicaţia de exereză, dar mai ales aprecierea extinderii ei, se face cu multă rigurozitate, definitivîndu-se doar în cursul intervenţiei, în raport cu situaţia constatată. Decizia trebuie să cîntărească perspectivele terapeutice oferite de actul operator, dar şi riscurile pe care acesta le implică. În principiu, trebuie evitate rezecţiile peste 80%. Ileonul terminal şi valvula ileocecală vor fi conservate prin toate mijloacele, întrucît aceasta este principala condiţie care asigură toleranţa exerezelor extinse. Principiul rezecţiei economice se cere respectat, atît la intestinul subţire cît şi la colon. Se va încerca pe cît posibil anastomozarea ileonului cu ascendentul, deşi, tehnic, ileotransversostomia este mult mai simplă. Continuitatea tractului intestinal se face exclusiv prin anastomoză termino-terminală pentru a se evita realizarea de anse oarbe, care ar contribui la agravarea sindromului postrezecţional.

PROGNOSTICUL

Se bazează pe mai multe elemente. Avem în vedere în primul rînd *boala de bază* pentru care s-a efectuat exereza şi evident, rezecţiile pentru neoplasm au prognostic rezervat. Un factor decisiv este *întinderea rezecţiei;* cele sub 20% (cca un metru) se compensează practic în întregime şi au deci prognostic bun. Cele de peste 80% au dimpotrivă un prognostic rezervat din cauza frecvenţei deficitului nutritiv. *Menţinerea ileonului terminal şi a valvulei ileocecale* sînt elemente de prognostic bun. Extirparea lor micşorează în schimb mult toleranţa şi cresc riscul litogenetic. *Anastomoza ileonului cu colonul ascendent* îndreptăţeşte un prognostic mult mai bun decît anastomoza ileonului cu colonul transvers. *Prezenţa unor anse oarbe sau stagnante* sînt elemente care întunecă prognosticul, deoarece accentuează malabsorbţia prin mecanism bacterian. Se tinde sistematic spre anastomozele termino-terminale, ori de cîte ori sînt posibile din punct de vedere tehnic. *Tulburările de malabsorbţie carenţiale şi endocrine,* ce apar pe lîngă un tratament corespunzător şi îndelungat, semnalează un prognostic rezervat atît „quo ad longitudinem vitae" cît şi „quo ad laborem". Explicaţia stă în deficitul de compensare şi adaptare.

Apariţia unor complicaţii secundare ca tuberculoza pulmonară, agravează evoluţia viitoare.

Scanned with OKEN Scanner

Respectarea disciplinei regimului igieno-dietetic și a tratamentului medicamentos necesar constituie un factor favorabil pe care se impune să-l asigurăm totdeauna în cooperarea medic-bolnav.

EXPERTIZA MEDICALĂ A CAPACITĂȚII DE MUNCĂ

După exereză, deficientul păstrează repaus profesional mai multe luni. Dacă extinderea rezecției depășește 30—40% din intestin va fi necesar un repaus mai îndelungat, deci se face expertizarea și se încadrează în invaliditate gradul III sau mai probabil II, în raport cu starea biologică și solicitările locului de muncă. Dacă exereza a depășit 80% din intestin, este indicată încadrarea în gradul II de invaliditate pentru 12 luni, după care se revizuiește și se apreciază în funcție de condițiile concrete din momentul respectiv, cu perspectiva recuperării parțiale. Rezecțiile pentru tumori maligne necesită, în cele mai multe cazuri, încadrarea temporară în invaliditate. Apariția tuberculozei pulmonare face necesară încadrarea în gradul II de invaliditate, indiferent de extinderea rezecției intestinale. Prezența sindromului de denutriție într-un grad accentuat determină pierderea temporară a capacității de muncă și încadrarea în gradul II de invaliditate.

RECUPERAREA

PROBLEME MEDICALE

În faza postoperatorie, scopul acțiunilor de recuperare este de a asigura o adaptare optimă și de a înlesni depășirea perioadei critice, prin menținerea homeostaziei. Se recurge în acest scop la mijloace complexe și în rezecțiile extinse la nutriția parenterală (3, 5, 9).

Alimentația trebuie să respecte cu rigurozitate maximă principiile generale ale cruțării. În rezecțiile mai mici de un metru, restricțiile de celulozice, dulciuri, la nevoie de lapte dulce și respectarea regulilor igieno-alimentare sînt suficiente pentru înlăturarea tulburărilor manifeste. În rezecțiile masive, rația de lipide trebuie redusă pentru a se ameliora sindromul diareic; în continuare, va trebui însă crescută, în raport cu toleranța, pentru a se asigura necesarul de calorii. Mesele sînt frecvente, fracționate. În rezecțiile subtotale au fost observate accidente diareice de tip osmolar după sare, încît poate fi necesară completarea rației pe cale parenterală. Regimul trebuie să fie hipercaloric, avînd în vedere pierderile digestive importante prin deficit de utilizare. Este nevoie de un conținut bogat în proteine, vitamine, calciu și potasiu. Se evită

Scanned with OKEN Scanner

laptele, din cauza deficitului lactazic, obişnuit în asemenea situaţii.

Introducerea trigliceridelor cu lanţ mediu în alimentaţie a marcat un progres important pentru refacerea nutriţională. În tabelul III sînt redate principalele diferenţe între grăsimile obişnuite şi trigliceridele cu lanţ mediu.

Tabelul 3

Caracteristici ale trigliceridelor cu lanţ mediu şi lung.

	TG cu lanţ mediu	TG cu lanţ lung
Sursă	Surse naturale slabe; sinteză prin interesterificare pornind de la untul de cocos	prezente în alimentele obişnuite, asigură aproape 40% din calorii
Formă fizică	lichide	solide sau lichide
Energie	8,3 K cal/g	9,3 K cal/g
Compoziţie principală	acid capricilic: 8 C acid capric: 10 C	acid palmitic: 16 C acid oleic: 18 C acid stearic: 18 C
Conţinut de acizi graşi polinesaturaţi	nici unul	prezenţi.

Proprietatea fundamentală a acizilor graşi cu lanţuri medii este dimensiunea redusă a moleculei lor. Ele oferă astfel o mare suprafaţă acţiunii enzimatice. Sînt totodată mult mai solubili în mediu apos. Rezultă de aici o hidroliză rapidă şi completă, care nu necesită în mod indispensabil acţiunea pregătitoare a sărurilor biliare. Absorbţia prin mucoasa intestinală se face mult mai repede, deoarece resinteza intracelulară de grăsimi şi de lipoproteine nu mai este necesară. Transportul se face pe cale venoasă (nu limfatică) sub formă de acizi graşi legaţi de albuminele plasmatice, fără formare de chilomicroni. Acizii graşi cu lanţ mediu pot fi absorbiţi şi în colon. Indicaţia acestor grăsimi în rezecţiile intestinale extinse este de aceea justificată din mai multe puncte de vedere. Prin folosirea lor în locul grăsimilor cu lanţ lung steatoreea diminuă şi chiar dispare, se reduce volumul şi numărul de scaune. Înlocuirea poate fi doar parţială în aşa fel încît să se asigure raţia calorică necesară. S-a observat totuşi, în contrast cu toate consideraţiile teoretice, că uneori rezultatele nu sînt prea bune la bolnavii cu rezecţii extrem de largi: dozele mari şi rău fracţionate de trigliceride cu lanţ

Scanned with OKEN Scanner

mediu agravează diareea. Industria le prepară sub forma unei margarine (pe baza untului de cocos) care conține 75% grăsimi, din care peste 90% sînt grăsimi cu 8 și 10 C, îmbogățite cu acizi grași esențiali (acid linoleic 3,6%). Se administrează 50—80 g la zi. Nu s-a trecut încă la o comercializare extinsă.

Un obiectiv principal revine corectării deficiențelor nutritive. În prima fază, stă pe primul plan restabilirea echilibrului hidroelectrolitic. Cu timpul se produc carențe de fier, calciu și vitamine, încît administrarea parenterală a acestora trebuie făcută după un program subcontinuu. Este important de ținut seamă de faptul că bolnavii cu rezecții extinse au pierderi permanente de substanțe nutritive și deci tulburări de scaun. Stabilizarea se poate face cu rezultat optimal la 2—4 emisii la zi. Este recomandabilă administrarea preventivă sistematică a produșilor de valoare biologică, mai înainte de epuizarea rezervelor organismului (vitamină B_{12} și D, fier etc.).

Chiar după remisia sindromului diareic, rămîne mare frecvența tetaniei (prin hipocalcemie), a osteoporozei și osteomalaciei (prin deficit de calciu și hipovitaminoză D), a anemiei (prin deficit de fier și vitamină B_{12}). Nu sînt rare leziunile cutaneomucoase prin carență de vitamină A, B_2 și PP, ragade, glosită, stomatită, pelagră secundară, alterații ale fanerelor. Hipovitaminoza K explică sensibilitatea particulară a acestor bolnavi la anticoagulante de tip cumarinic. Sînt semnalate cazuri de insuficiență renală ireversibilă, explicate prin hipokaliemie sau hipomagneziemie de durată. Mulți bolnavi prezintă o insuficiență corticosuprarenală frustă. Aceasta explică parțial astenia observată frecvent și sensibilitatea la infecții. Nu trebuie neglijat, în acest context, riscul crescut de tuberculoză pulmonară, care impune un control ftiziologic repetat.

În rezecțiile de ileon terminal vitamina B_{12} va fi administrată constant mai înainte de apariția semnelor de deficit, care se manifestă tardiv, după unul sau mai mulți ani.

La bolnavii cu hipoproteinemie sînt indicate transfuzii de sînge, plasmă, perfuzii cu hidrolizate de proteine. Se administrează în cure repetate steroizi anabolizanți. În situații bine selecționate pot fi recomandați corticosteroizii.

Corecția nutritivă se va face neîntrerupt, sub forma administrării periodice a unor „suplimente" parenterale de vitamine și săruri. Pentru orientare sînt necesare explorări biologice care să determine periodic „profilul nutritiv" al bolnavilor.

Scanned with OKEN Scanner

Dintre mijloacele medicamentoase funcţionale cele mai active sînt anticolinergicele. Ele acţionează prin încetinirea peristaltismului, amplificînd astfel reacţia naturală de adaptare motorie.

Cînd este prezentă popularea bacteriană a intestinului, sînt indicate antibiotice cu spectru larg. Administrarea lor poate fi impusă sistematic, la intervale regulate, dacă remisia produsă este tranzitorie.

Se recurge şi la săruri de bismut pentru stimularea secreţiei de mucus, cu rol protector. În rezecţia ileală, este indicată colestiramina pentru fixarea sărurilor biliare, care, ajunse în colon, produc diaree catartică (8).

Preparatele enzimatice nu au rezultate semnificative şi de multe ori sînt rău tolerate.

Sînt necesare uneori reintervenţii chirurgicale care pot corecta unele defecte produse anterior. Ansele oarbe sau stagnante (prin stenoză, cuduri) trebuie suprimate, deoarece amplifică malabsorbţia prin mecanism bacterian. Cînd condiţiile permit se reintroduc în circuit suprafeţele excluse prin şuntări asociate rezecţiei. Intestinul subţire va fi implantat mai proximal pe colon. Dacă boala de bază (ileita Crohn, de exemplu) obligă la noi rezecţii, acestea trebuie să fie cît mai judicioase. Se schiţează unele perspective şi prin interpoziţia antiperistaltică a unui segment intestinal (10). Accelerarea tranzitului poate fi corectată în mare măsură prin reintroducerea în circuit a valvulei ileocecale la bolnavii cu anastomoză ileocolică.

Bolnavii se restabilesc în cea mai mare parte, dacă rezecţia nu a fost excesivă şi dacă beneficiază de o îngrijire postoperatorie corectă. Chiar dacă scaunele rămîn neformate şi mai frecvente decît normal, chiar dacă steatoreea şi pozitivitatea testelor funcţionale indică o malabsorbţie, aceasta poate deveni latentă. În asemenea situaţii, starea bună de nutriţie şi capacitatea de efort, permit reluarea vieţii active. Bolnavii vor rămîne însă continuu sub supraveghere, pentru recunoaşterea la timp a eventualelor deficienţe nutritive şi pentru verificarea programului de suplimentare profilactică.

Balneofizioterapia este indicată la cîteva luni după rezecţie şi are ca scop favorizarea proceselor de compensare şi adaptare la noua situaţie a intestinului restant. Apele sulfatate sodice exercită o acţiune de activare a secreţiilor intestinale, de reglare a sistemului vegetativ şi coleretică (diminuînd riscul litogenetic). Cele clorurate sodice sînt laxative. Se indică apele alcaline sulfatate sodice şi calcice, cît şi akratoterme (Slănicul

Scanned with OKEN Scanner

Moldovei, Sîngeorz-Băi, Borsec, Malnaș, care conțin și bioxid de carbon). Ionul de calciu are un rol antiinflamator, este inhibitor al secreţiilor în exces și diminuă excitabilitatea neuromusculară. În aceste staţiuni, tratamentul cu ape minerale pe cale orală este completat cu program de cultură fizică medicală, cu acţiune asupra musculaturii abdomino-toracice, adesea deficiente. Staţiunile balneare tind astăzi să devină centre de recuperare medicală și de instruire pentru însușirea celui mai potrivit regim igieno-dietetic, de viaţă și de cultură fizică medicală, pe care deficientul să le urmeze și în condiţiile habituale de viaţă activă.

Terapia ocupaţională este indispensabilă în anumite etape ale recuperării. Ea se impune cu atît mai mult cu cît deficienţa îndelungată a acestor bolnavi poate duce și la tulburări psihice reactive, care pot fi prevenite printr-o activitate dozată.

Psihoterapia este în multe cazuri o necesitate absolută, mai ales la persoanele cu manifestări depresive. Se va insista asupra compatibilităţii depline a noii condiţii cu viaţa și chiar cu activitatea profesională.

PROBLEME PROFESIONALE

În cele mai multe cazuri capacitatea de muncă se reface. Rezecţiile subtotale sau rău compensate, cu deosebire ileocolectomiile, pot duce însă la malabsorbţii severe generatoare de invaliditate. Chiar în asemenea situaţii reluarea activităţii este posibilă, dacă locul de muncă nu solicită eforturi mari, dacă permite alimentaţia fracţionată și respectarea normelor de cruţare digestivă.

Tinerii necalificaţi care au suferit rezecţii de intestin trebuie orientaţi către profesiuni care nu solicită eforturi fizice sau psihice mari susţinute și care asigură ambianţa necesară alimentaţiei specifice după modelul altor sindroame malabsorbtive severe.

Reorientarea profesională se indică rar, numai la persoane calificate sub vîrsta de 40 ani, cînd vechea profesiune devine incompatibilă (activităţi în subteran, achizitori, conducători de tren sau autovehicule de cursă lungă etc.).

PROBLEME SOCIALE

Rezecţiile extinse ridică probleme particulare de alimentaţie privind produsele și pregătirea culinară, igiena și suplimentarea parenterală. Trebuie obţinută cooperarea bolnavului

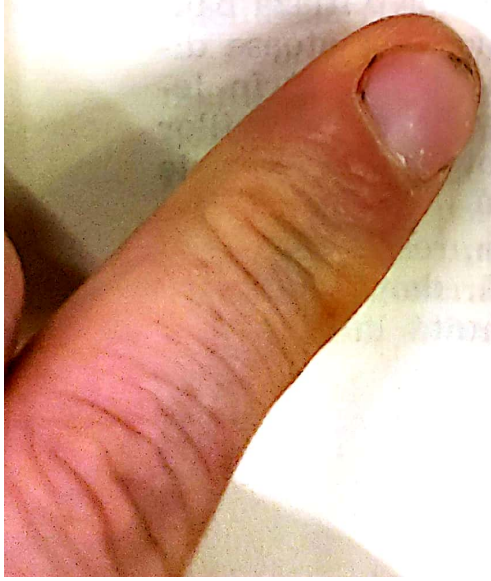
Scanned with OKEN Scanner

și a familiei, organizarea de controale periodice. Bolnavii pot duce viață socială și familială activă.

O grijă deosebită trebuie să se acorde urmăririi adaptării sau readaptării lor în muncă. Medicul de întreprindere are rolul de a-i sprijini să fie cuprinși numai în tura de zi, cu pauză pentru masă și cu repaus postprandial. Deficientul trebuie instruit să respecte indicațiile de tratament. Se iau măsurile cuvenite pentru acordarea de cure balneare de recuperare, acces la cantina dietetică și dacă este nevoie, ajutoare. Se impun preocupări pentru rezolvarea altor probleme ale deficientului, care ar împiedica recuperarea sa completă.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. CUVELIER, R., CAVARSE, MARCHEX, J., LAURAS, Arch. mal. App. Dig., 12, 1961, 1401.
2. DELAGARDE, P., MAGNIER, F., MEUNIER, M., Ann. Chir, 5—6, 1967, 289.
3. FIASSE, R., Acta gastroenterol. belg., 35, 1972, 225.
4. JACKSON, W. P. V., *Congr. Gastroenterology*, vol. 2, Williams a Wilkins, Baltimore, 1959, 924.
5. KALSER, K. H., *Extensive resection of the intestin*, în Gastroenterology (red. Bockus), vol. 2, Saunders Comp., Philadelphia, cap. 56.
6. NYLANDER, G., OLERUD, S., Acta chir. Scand., 123, 1962, 51.
7. SKALA, J., KONRADOVA, V., Amer. J. Dig. Dis., 3, 1969, 182.
8. SKLAR, M., UHRI, V., Amer J. Gastroent. 5, 1973, 397.
9. SPÎRCHEZ, T., GHEORGHESCU, B., BRASLA, I., MERCULIEV, El., IONESCU, A., POPESCU, M., Med. Int. 8, 1963, 943.
10. VAYRE, P., HUREAU, J., SOYER, R., Ann. Chir, 9—10, 1967, 521.
11. WILLIAMS, G., Acta gastroent. Belg., 35, 1972, 216.



Scanned with OKEN Scanner

XV

RECUPERAREA DEFICIENȚILOR CU PANCREATITĂ CRONICĂ

Pancreatita cronică este o afecțiune produsă prin multiple mecanisme și cu posibilități variate de manifestare și evoluție, care duce la insuficiențe funcționale exo- și endocrine. Substratul morfopatologic este neuniform, iar modalitățile de intervenție terapeutică variază mult (5).

PREMISE ETIOPATOGENETICE ȘI FIZIOPATOLOGICE ALE RECUPERĂRII

Cunoașterea factorilor inițiatori și de întreținere deschide singura perspectivă a aplicării unor măsuri terapeutice cauzale, eficiente. Majoritatea pancreatitelor cronice se dezvoltă în mod secundar față de alte boli digestive cu răsunet asupra răspîntiei duodeno-pancreatice. Importanța majoră revine angiocolecistopatiilor și în primul rînd litiazei biliare, care este responsabilă de peste jumătate din cazuri. Mecanismul constă în staza canaliculară (prin papilită și oddită), refluxul intrapancreatic al bilei și în infecția propagată pe cale limfatică sau canaliculară. Suferințe pancreatice de însoțire sînt prezente la o parte din bolnavii cu hepatită cronică și ciroză, la gastrectomizați și enterocolitici (1, 4). Altădată afectarea pancreasului este consecința unui proces inflamator acut, de cele mai multe ori viral. Puseele repetate de pancreatită edematoasă, ca și steatonecrozele acute, lasă de asemenea urmări de durată, care se accentuează cu numărul recidivelor. Litiaza pancreatică se complică de regulă cu alterații parenchimatoase difuze. Pancreatitele cronice primitive apar mai frecvent în legătură cu alcoolismul. Pot surveni și în cadrul hiperlipemiilor esențiale. Deficiențele nutritive, îndeosebi proteinice, constituie un teren favorizant pentru pancreatita cronică.

Probleme particulare ridică mucoviscidoza, responsabilă, în varianta sa homozigotică, de fibroza chistică, dar care poate genera, în varianta heterozigotică, mai obișnuită la adulți, și

Scanned with OKEN Scanner

manifestări fruste. Alte individualităţi nozologice neinflamatorii sînt adenomatoza difuză, asociată cu hiperparatiroidismul şi fibroza din hemocromatoză. Procesul sclero-atrofic obişnuit pancreatitei cronice şi stenozele canalelor excretorii explică insuficienţa exocrină, atît prin deficit de sinteză cît şi prin jena mecanică a transportului. Insulele Langerhans se menţin nealterate mai multă vreme, ceea ce explică apariţia tulburărilor glicoreglatorii doar în stadiile înaintate. Predominanţa leziunilor scleroase face ca procesul să aibă o tendinţă redusă la remisiune. Acesteia i se asigură totuşi şi o componentă reversibilă edematoasă şi infiltrativă celulară, de a cărei pondere depinde rezultatul terapeutic. Creşterea în volum a organului explică icterul mecanic prin compresiunea coledocului. Obstrucţia ductulară este responsabilă de creşterea presiunii intrapancreatice, tradusă prin dureri refractare, persistente, care pot fi rezolvate doar prin intervenţii chirurgicale de drenaj.

Clinic se impun atenţiei sindromul dispeptic şi dureros pancreatic, însoţite de sindromul malabsorbtiv. Bolnavii prezintă debacluri diareice intermitente şi cu timpul este posibilă dezvoltarea steatoreei. Greutatea scade în grad important pînă la emaciere, capacitatea de efort de asemenea. Pancreatita cefalică hipertrofică produce icter mecanic, încît reproduce tabloul clinic al cancerului de cap al pancreasului (3, 5, 9).

Explorarea funcţională oferă indicii pentru diagnostic numai dacă evidenţiază deficitul secretor. Dozarea enzimelor — amilază, lipază — în sucul duodenal, sînge, fecale şi urină, are însă o valoare foarte redusă. Variaţiile sînt inconstante şi extrem de variabile. Credit mai mare se acordă testelor de stimulare cu secretină-pancreozimină, dar nici acestea nu sînt însă decisive. Examenul coprologic demonstrează asocierea steatoreei cu creatoreea.

Radiologia poate evidenţia modificări morfofuncţionale ale cadrului duodenal şi calcificări pancreatice sau calculi în forma calculoasă (15).

Evoluţie şi complicaţii. Pancreatita cronică evoluează cu manifestări continue progresive sau paroxistice. În cea de a doua variantă poate realiza forma recurenţială, care însumează repetate episoade acute. Sînt posibile hemoragii digestive prin hipertensiune portală segmentară. Bolnavii ajung la stări caşectice, devin uneori şi diabetici. Steatonecrozele din puseele acute pot genera pseudochiste, care îngreunează diagnosticul (2, 11). Sub aspectul întîlnit la noi în ţară, manifestările sînt

Scanned with OKEN Scanner

în general fruste şi se atenuează prin respectarea regulilor dietetice şi măsurile terapeutice obişnuite, conservatorii.

În evoluţia bolii pot fi observate şi ascite tranzitorii, tromboze venoase sau abcese peripancreatice. Apariţia diabetului reflectă alteraţii mai severe, în cea mai mare parte ireversibile.

PROGNOSTICUL

Variază mult cu etiologia şi gravitatea procesului. Formele secundare pot fi influenţate favorabil prin suprimarea cauzei, dacă aplicarea măsurilor de tratament şi recuperarea nu este tardivă. Formele diareice impun rezerve, din cauza perspectivei de intervenţie chirurgicală pe care o prezintă. Tot astfel şi leziunile hipertrofice, din cauza riscului de complicaţii prin compresiune. Pancreatita la etilici şi la obezii polifagi se poate remite prin respectarea normelor igieno-alimentare.

EXPERTIZA MEDICALĂ A CAPACITĂŢII DE MUNCĂ

Capacitatea de muncă depinde de gradul leziunii pancreatice endo- şi exocrine, de răsunetul deficitului funcţional asupra stării generale şi de solicitările locului de muncă. Un rol important revine bolii de bază. Elementele care determină reducerea sau chiar pierderea capacităţii de muncă sînt: diabetul pancreatic, icterul mecanic prin pancreatită hipertrofică cefalică, procesele maligne, rezecţiile extinse (care determină deficite enzimatice şi insulinice), asocierea altor suferinţe, ca cea hepato-biliară, pulmonară, corticosuprarenală, emacierea de origine malabsorbtivă etc. În toate aceste situaţii, devine necesară expertizarea. Un factor important în evaluarea capacităţii de muncă este vîrsta bolnavului. La bolnavi peste 50 ani, mai ales etilici, obezi, cu poliviscеropatii (cardiacă, hepatică, renală) sau neuropatie, capacitatea de muncă se pierde mai repede, iar recuperarea este deosebit de dificilă.

Capacitatea de muncă poate fi *păstrată* în formele clinice uşoare sau cu pusee rare de exacerbare. Se acordă concedii medicale doar pe durata perioadelor de acutizare a procesului pancreatic, apoi se reia activitatea, eventual cu program redus. Este *redusă* în formele clinice medii, cu pusee de evolutivitate ce se succed la intervale relativ mici cu alterarea stării generale. De asemenea, cînd locul de muncă solicită eforturi energetice medii sau condiţiile ambientale sînt nefavorabile. În această situaţie se reduce programul de activi-

Scanned with OKEN Scanner

tate sau se schimbă locul de muncă. Capacitatea de muncă este *pierdută* în formele complicate sau cu deficit funcțional sever, sindrom solar, consecințe nutriționale importante, cu deosebire dacă evoluția este de durată.

RECUPERARE

MĂSURI MEDICALE

Alimentația dietetică reprezintă baza indispensabilă a întregului program de recuperare. Ea urmărește cruțarea organului deficitar și, concomitent, restabilirea capacității de regenerare și de sinteză enzimatică. În principiu se evită excesele alimentare, care răspund de cele mai multe ori de exacerbările paroxistice din evoluția bolii, prin excitația puternică a secreției și activitatea circulației. La obezi se recomandă rație hipocalorică. Rația alimentară trebuie fracționată în cinci-șase mese, după un program ritmic și regulat. Cantitatea de grăsimi se reduce la cca 50 g pe zi, avînd în vedere deficitul lipazic existent și prezența steatoreei. Se permit doar produsele vegetale și mici cantități de unt proaspăt, se evită grăsimea animală și prelucrarea termică. Cantitatea de glucide nu diferă de cea obișnuită, variind între 300—500 g pe zi. Fac excepție cazurile cu diabet asociat, care respectă principiul rației corespunzătoare cu toleranța glucidică. Se administrează în preponderență făinoase și se limitează în schimb dulciurile concentrate. Cantitatea de proteine trebuie crescută la 1,5—2 g/pe kg corp/pe zi, avînd în vedere posibilitățile în general bune de proteoliză și necesitățile de substrat aminoacidic pentru sinteza de enzime și regenerarea pancreasului.

Un progres însemnat în dietetica pancreatitei a fost înregistrat prin prepararea lipidelor compuse din acizi grași cu lanț scurt (8—10 atomi de carbon). Acestea sînt hidrolizate și absorbite cu multă ușurință, fără transformare în lipoproteine la nivelul enterocitului și sînt apoi transportate pe cale venoasă.

Suprimarea factorilor inițiatori și de întreținere constituie un obiectiv principal al recuperării. Astfel, suprimarea consumului de alcoolice este prima măsură — uneori suficientă, dacă se intervine în timp util — de care beneficiază pancreatita etilică. În mod progresiv, acuzele se atenuează, iar capacitatea excretorie a pancreasului revine la normal. Rezultatul favorabil este condiționat de caracterul leziunilor: trebuie să se acționeze mai înainte de instalarea alterațiilor fibro-sclerozase și degenerative ireversibile. De asemenea, pancreatita asociată afecțiunilor biliare — de regulă unei litiaze biliare —

Scanned with OKEN Scanner

regresează rapid după colecistectomie și asanarea infecției biliare. Rezultate asemănătoare se obțin în pancreatita secundară diverticulitei duodenale sau ulcerului penetrant: procesul inflamator se stinge spontan după intervenție. În hepatita cronică, ameliorarea se obține concomitent cu stabilizarea bolii de bază, fiind favorizată și de mijloacele hepatotrofice utilizate obișnuit (aspartat, anabolizante proteinice). În denutriții, deficitul funcțional pancreatic se corectează odată cu refacerea echilibrului proteinic general.

Suplinirea medicametoasă a enzimelor pancreatice este impusă de insuficiența pancreatică externă. Se administrează preparate de pancreas în cursul meselor principale, în doze active, dar fără a exagera supraîncărcînd tractul digestiv cu un număr prea mare de drageuri: Triferment sau Nutrizym, Cotazym, Festal, Mexaze etc. Unele din acestea conțin și enzime proteolitice de origine vegetală (papainā, bromelinā), celulază, săruri biliare, contribuind astfel la realizarea cît mai completă a hidrolizei intraintestinale. Prescrierea se face în cure repetate de 3—6 săptămîni. Normalizarea utilizării lipidice nu este însă posibilă. Persistă totdeauna o steatoree reziduală (10).

Stimularea secreției pancreatice se face mai obișnuit la aclorhidrici, prin administrarea de acid clorhidric la mese. Acțiunea acestuia se exercită prin stimularea eliberării de hormoni duodenali, excitanți ai secreției pancreatice. Dintre alimente, un rol asemănător îl au și produsele cu efect general de stimulare a secreției digestive: carnea slabă, peștele slab, brînzeturile, sarea și ingrediente ca oțetul. Se evită totodată lichidele la masă, chiar și supele, pentru a nu se dilua conținutul de enzime deficitar. Însuși ritmul frecvent al meselor prelungește faza de secreție a organului. Nu a intrat încă în uz practic, din cauza costului mare, utilizarea de hormoni duodenali. Sînt cunoscute unele încercări cu secretină (40 U/zi). Se admite că fizioterapia locală, pe regiunea pancreatică, stimulează secreția pancreatică paralel cu activitatea irigației. Se pot prescrie cure repetate, eventual alternative, cu ultrascurte și chiar cu raze Röntgen, în doze de excitație. Apele minerale au un efect stimulator bine verificat: Slănic Moldova, Sîngeorz, Căciulata.

Insulinoterapia este indicată de apariția diabetului zaharat secundar, cînd nu poate fi controlat prin restricții glucidice și eventual Meguan.

Stimularea procesului de regenerare pancreatică constituie o direcție încă nesatisfăcător dezvoltată în terapia pancreatitei cronice. Un beneficiu aduc steroizii anabolizanți, prin efectul

Scanned with OKEN Scanner

lor stimulant asupra sintezelor proteinice. Acidul aspartic s-a dovedit un mijloc citotrofic de mare valoare, cum au demonstrat rezultatele obținute la bolnavii cu hepatită cronică la care existau și deficiențe secretorii pancreatice: testul cu trioleină se ameliorează, steatoreea diminuă, greutatea bolnavilor crește, pofta de mîncare revine.

Stingerea procesului inflamator poate fi favorizată prin corticosteroizi. Aceștia nu sînt însă indicați decît în puseele de acutizare. Trebuie evitate dozele prea mari și curele prelungite, din cauza efectului lor negativ asupra metabolismului proteinic. Probabil că o acțiune antiinflamatorie semnificativă are și Piramidonul sau Aspirina, utilizate în mod curent în preparatele antialgice la care se recurge pentru calmarea acuzelor subiective ale bolnavilor.

Combaterea simptomelor constituie o preocupare de bază, mai ales în formele dureroase de pancreatită, cînd se recurge la mijloace din cele mai variate: antispastice (Papaverină, atropinice), antialgice (Piramidon, Algocalmin), sedative, infiltrații novocainice paravertebrale ale splanchnicului stîng, aplicații locale de căldură, ultrascurte, la nevoie perfuzii peridurale subcontinue cu xilină. Sînt contraindicate opiaceele deoarece produc spasm al sfincterului Oddi și măresc astfel presiunea din căile de excreție intrapancreatice (13).

Staza duodenală asociată impune — la rîndul său — administrare de novocainã înainte de masă și activatoare ale motilității, insulină, Reglan (Primperan), în cure de 2-3 săptămîni. Clinodigestia, în poziție ventrală-dreaptă, atenuează mult în această situație simptomele postprandiale.

Puseele de acutizare impun aceleași măsuri din pancreatita acută edematoasă: repaus digestiv riguros, aspirație gastrică continuă, anticolinergice în doze mari (Probanthin și în lipsă Atropină), Clorpromazină, dacă sînt semne de citoliză cu revărsare de enzime, antiproteaze (Trasylol) și eventual antibiotice, după tipul etiologic, cu spectru larg.

Prezența sindromului carențial — prin deficit de digestie — necesită corecție în multiple direcții. Mai frecvent, deficitul se manifestă în economia calciului, a vitaminelor liposolubile A, D, K (principala tulburare maldigestivă interesează lipidele), a fierului și uneori a metabolismului hidroelectrolitic.

Intervențiile chirurgicale se adresează mai obișnuit — cel puțin în clinica pancreatitelor observate la noi în țară — diferitelor complicații ce pot surveni în cursul evoluției: icter mecanic (produs prin pancreatită hipertrofică cefalică, luată drept cancer aproape totdeauna), pseudochiste (dezvoltate se-

Scanned with OKEN Scanner

cundar unor pusee de citonecroză pancreatică), abcese pancreatice sau peripancreatice, hemoragii digestive mari (prin hipertensiune portală segmentară). Indicaţia operatorie poate fi însă făcută şi de durerile persistente, refractare la tratamentul conservator (6, 12, 14). Situaţii de acest gen se întîlnesc mai ales în pancreatitele calcifiante sau în cele care duc la stenoze ale canalului Wirsung, cu hipertensiune retrogradă şi distensia sistemului ductular pancreatic.

Chirurgia pancreatitelor cronice recurge la două metode principale, după particularităţile morfopatologice ale cazului dat: drenajul pancreatic şi rezecţia (cu extindere şi topografie variată).

1. *Intervenţiile chirurgicale de drenaj* au ca scop decompresiunea intrapancreatică ductulară sau restabilirea fluxului secretor suprimat de stricturile canaliculare. Se efectuează, după condiţiile existente, fie wirsungo-jejunostomie, fie pancreatojejunostomie după rezecţia caudală, pe ansă intestinală în Y sau omega. Decompresiunea sistemului canalicular reduce durerile şi previne recurenţele edematoase. Secreţia exocrină se restabileşte în teritoriile decomprimate. Rezultatele nu sînt satisfăcătoare dacă rămîn segmente dilatate şi rău drenate ale marilor căi pancreatice. Este nevoie să se exploreze în întregime sistemul de excreţie, pentru a se găsi calea optimă de drenaj. Tardiv, sînt posibile disfuncţii ale anastomozelor şi chiar stenoze care se traduc prin reapariţia durerilor, a diareei şi a denutriţiei, la 2—4 ani după intervenţie.

2. *Rezecţiile de pancreas* presupun riscul diabetului pancreatopriv, în funcţie de extinderea lor. În procesele localizate, rezecţia este segmentară: cefalică sau caudală. În procesele difuze este însă subtotală şi chiar totală. Se soldează cu o mortalitate ridicată, ceea ce obligă la o cîntărire judicioasă a indicaţiei şi a beneficiului scontat. Aproximativ jumătate din bolnavi prezintă ameliorări prin dispariţia durerilor, restabilirea poftei de mîncare şi refacere ponderală. Deficitul funcţional persistă însă, nemodificat. Cu timpul, starea generală se agravează la bolnavii care continuă să abuzeze de băuturi alcoolice şi se dezvoltă frecvent ciroza. În principiu la exereză se recurge doar în forme grave, aproape totdeauna cu dureri produse de complicaţii. Rezultatele sînt mai slabe după pancreatectomie stîngă limitată. S-a impus de aceea cu deosebire duodeno-pancreatectomia cefalică, practicată în următoarele două circumstanţe: formele hipertrofice fără dilatarea canalului Wirsung (cînd recurgem la drenaj) şi diferenţierea incertă

Scanned with OKEN Scanner

sau imposibilă față de cancer, (proba acestuia făcîndu-se doar la examenul histologic, pe secțiuni seriate din piesa excizată).

În situații mai favorabile, sînt suficiente unele intervenții minime corective, ca plastia papilei lui Vater, sfincterotomia transduodenală. Pseudochistele sînt excizate în întregime.

Terapia antialgică poate impune și intervenții asupra sistemului nervos vegetativ; splanchnicectomia stîngă cu rezecția cornului extern al ganglionului semilunar, simpatectomie toracolombară, vagotomie etc., cu rezultate inegale și imprevizibile. Vagotomia selectivă suprimă spasmele canaliculare, al căror rol în patogeneza bolii este verificat.

Alegerea metodei chirurgicale se face pe baza unei explorări vizuale, palpatorice, instrumentale (cateterizări) și radiologice intraoperatorii cît mai complete (colangiografie, pancreatografie, splenoportografie).

RECUPERAREA BOLNAVILOR CU PANCREATECTOMIE

Pancreatectomiile extinse atrag importante consecințe nutriționale, atît prin deficit de utilizare digestivă, cît și prin dereglări ale metabolismului glucidic. În lipsa sucului pancreatic lipoliza suferă o diminuare de cca 50% (7). Este influențată și absorbția, datorită modificării pH-ului intraintestinal, prin lipsă de bicarbonat. În aceste condiții se absorb doar 40% din grăsimile alimentare (Wollaeger, 1948), așa cum se observă după duodenopancreatectomia cefalică, fără implantarea bontului în intestin. Avînd în vedere că insulele Langerhans se grupează cu preponderență în segmentul caudal al pancreasului, extirparea corporeo-caudală atrage cele mai grave dereglări endocrine. Diabetul ce se dezvoltă are ca particularitate o insulinosensibilitate excesivă, datorită absenței concomitente a glucagonului, factor hiperglicemiant. Această labilitate ridică serioase probleme de terapie și explică exitusul pentru o parte din bolnavi.

Rezecția pancreasului necesită de multe ori și gastrectomii parțiale sau duodenectomii, ceea ce aduce un factor patogenetic suplimentar. Se adaugă frecvent și accelerarea tranzitului intestinal, secundar intervențiilor de acest tip. Mucoasa intestinală nu este alterată, dar scleroza retropancreatică dependentă de pancreatită poate bloca vasele limfatice cu ecou asupra absorbției lipidice (7).

Corecția enzimatică se impune ca regulă constantă. Exereza parțială și subtotală antrenează în toate cazurile un deficit exocrin.

Scanned with OKEN Scanner

Importanţa acestuia variază nu numai cu gradul rezecţiei, ci şi cu starea anatomo-funcţională a parenchimului restant. Se recomandă doze mari de enzime, preferenţial ca preparate din pancreas liofilizat total care are concentraţii ridicate de proenzime sub formă inactivă. Extractele pancreatice suprimă denutriţia protidică, datorită pierderilor fecale de azot, şi diminuă volumul fecalelor şi valoarea steatoreei (8). Persistă totdeauna o steatoree „reziduală", care nu poate fi înlăturată, ca şi în pancreatită.

Corecţia endocrină se face prin preparate semilente de insulină. Există o experienţă favorabilă cu Insulina Novo Semilentă. După pancreatectomia totală se administrează 40—60 U.I. pe zi, în două reprize, dimineaţa şi seara. Asocierea de Glucagon nu stabilizează profilul glicemic întrucît acţiunea sa este de scurtă durată. Se asigură în schimb o raţie mare de glucide (cca. 250 g). Diabetul pancreatopriv postoperator — extrem de instabil — este singurul tip de diabet la care restricţia glucidică este contraindicată, din cauza riscului de hipoglicemie după dozele terapeutice de insulină. Pericolul nu este în aportul glucidic chiar sub formă concentrată, ci în hipoglicemie şi de aceea este necesară o raţie însemnată de zahăr (50—60 g) evitînd raţia insuficientă (8).

Dieta hipolipidică este indispensabilă pentru reducerea diareei şi steatoreei. Se folosesc cu prioritate produse uşor digestibile. Grăsimile cu lanţ mediu de carboni îşi află aici o aplicaţie de primă importanţă, ele sînt bine tolerate şi fac să regreseze prompt diareea.

Medicaţia de încetinire a tranzitului intestinal trebuie asociată în toate cazurile. Suplimentările profilactice cu vitamine liposolubile şi calciu se vor face din primele săptămîni după intervenţie.

Atitudinea comportă unele diferenţe după tipul de rezecţie (8). Pancreatectomia stîngă (corporeo-caudală) nu ridică mari dificultăţi pentru alimentaţie. Se impune doar o dietă hipolipidică. Mesele vor fi compuse din alimente apetisante, bogate în proteine. Duodeno-pancreatectomia cefalică — însoţită totdeauna de o anastomoză biliodigestivă şi o rezecţie gastrică, din cauze anatomice — impune restricţie lipidică şi fracţionarea meselor în cursul zilei. În perioada postoperatorie apare constant o fază de hiperglicemie de 10—15 zile, cu posibilitatea restabilirii spontane. Tulburările glicoreglatorii se perpetuează însă la mulţi bolnavi sub forma diabetului labil. Pancreatectomia totală este folosită doar excepţional din cauza

Scanned with OKEN Scanner

urmărilor grave, ireductibile, uneori cu evoluţie spre accidente fatale.

Cu toate eforturile dietetice şi medicamentoase, rezultatele rămîn relative. Denutriţia nu poate fi deplin corectată, bolnavul nu revine nici cînd la greutatea sa iniţială. După trei luni de îngrijire în servicii de specialitate, se înregistrează un deficit ponderal de 8—12 kg în majoritatea cazurilor (8). Controlul consecinţelor imediate şi tardive ale pancreatectomiei este posibil totuşi, dacă se acordă atenţia cuvenită deficitului enzimatic şi în primul rînd instabilităţii glicemice, uneori foarte grave.

PROBLEME SOCIOPROFESIONALE

Sînt cele implicate în asigurarea oricărei alimentaţii care respectă pe termen nelimitat anumite principii orientatoare. La o parte din bolnavi se adaugă în plus şi problemele sociale ale diabetului zaharat. Trebuie să avem în vedere că de multe ori este vorba de etilici, care ridică la rîndul lor numeroase probleme specifice, de asanare şi reintegrare.

Probleme profesionale deosebite nu se ridică. Orientarea profesională obişnuit nu intră în discuţie, dată fiind vîrsta mai avansată interesată de regulă în această afecţiune; de asemenea nici orientarea profesională. Mai des se pune problema schimbării locului de muncă care solicită eforturi biologice mari, ce depăşesc posibilităţile nutriţionale ale deficientului respectiv. Urmărirea adaptării sau readaptării în muncă este un imperativ care preocupă — sub diferite aspecte — pe toţi factorii antrenaţi în actul recuperator. Ea vizează atît problemele biologice cît şi cele socioprofesionale comune bolnavilor cronici.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. ALBOT, G., POILLEUX, F., *Le pancreas*, Ed. Masson, Paris, 1968.
2. AMMANN, R., Praxis, 22—24, 1970.
3. BOCKUS, H. L., *Gastroenterology*, ed. II, Ed. Saunders, Philadelphia, 1967.
4. BULIGESCU, L., *Pancreasul exocrin*, Ed. medicală, Bucureşti, 1971.
5. FODOR, O., *Tratat elementar de medicină internă*, vol. II, Ed. Dacia, Cluj, 1973.
6. JUVARA, E., FUX, I., PRIŞCU, Al., *Chirurgia pancreasului*, Ed. medicală, Bucureşti, 1957.
7. KIEKENS, R., GOVAERTS, J. P., WISSOCQ, P., Acta Gastro-ent. belg, 30, 1967, 711.
8. MARSEILLE, P., Progr. Méd., 103, 1975, 221.

Scanned with OKEN Scanner

XVI
RECUPERAREA BOLNAVILOR CU HEPATITĂ CRONICĂ

Afecţiunile cronice ale ficatului reprezintă o proporţie însemnată din ansamblul cazurilor de invaliditate (35). Implicaţiile etiopatogenetice numeroase, intricările lezionale inflamatorii şi degenerative frecvente şi variabilitatea evolutivă largă, pînă la virajul spre ciroză, explică diversitatea mare a mijloacelor de terapie şi recuperare la care recurgem. Aplicarea unui astfel de program trebuie să fie individualizat, în raport cu un mare număr de factori. Chiar atunci cînd diagnosticul este completat sub toate laturile sale iar măsurile terapeutice sînt adecvate, rezultatul nu este satisfăcător în toate cazurile. Evoluţia de durată a bolilor din această categorie necesită o cooperare strînsă între bolnav, familia sa şi echipa de medici care îi acordă asistenţa. Rigoarea dispensarizării care se cere devine de aceea o condiţie a reuşitei.

DEFINIŢIE. DELIMITARE NOZOLOGICĂ

Cadrul nozologic cuprins sub denumirea de hepatită cronică presupune existenţa unui proces inflamator hepatic (modificări parenchimatoase şi mezenchimale) cu alterări funcţional-biochimice, de regulă avînd expresie clinică eterogenă şi de intensitate variabilă. Boala reprezintă în cea mai mare parte posibilităţi evolutive ale hepatitelor acute. Episodul iniţial poate fi cunoscut, dar alteori rămîne latent, putînd explica existenţa formelor „primitiv cronice“ în aparenţă. În condiţiile noastre epidemiologice, 80% dintre suferinzii cu hepatite cronice au în antecedente puseul acut evident de *hepatită virală A sau B* (14). Restul de 20% este format de hepatitele cronice care apar pe plan clinic ca atare, fără prezenţa anamnestică a hepatitei acute. În cea mai mare parte este vorba de hepatite acute anicterigene cu virus A—B sau de hepatite acute şi cronice de altă etiologie (6, 8 a, 14, 40 a, 58, 63):

a). *Infecţii virusale:* mononucleoza infecţioasă, rickettsiozele. Pentru alte condiţii geografice se mai adaugă febra galbenă, variola şi vaccina, ornitoza, poliomielita şi boala Cocksakie, precum şi viroza herpetică.

b). *Boli infecţioase microbiene:* leptospirozele, salmonelozele, infecţiile cu bacili coli, cu coci (în mod deosebit streptococul viridans — din endocardita bacteriană), germeni anaerobi, mai rar tuberculoza miliară, tularemia, lepra, sifilisul secundar şi terţiar, bruceloza.

c). *Infecţii parazitare:* paludismul, amibiaza, schistosomiaza, leishmaniaza, micozele (histoplasmoza, actinomicoza, coccidioza, blastomicoza).

d). *Intoxicaţii:* D.D.T., deratizante, tetraclorură de carbon, tetracloretan, tricloretan, cloroform, derivaţi de benzen, derivaţi de hidrogen arseniat (45). Un loc particular îl ocupă intoxicaţia saturnină care potenţează suferinţa postvirotică. În condiţii industriale, substanţele nocive pentru ficat sînt de fapt mult mai numeroase: cadmiu, anilina, difenilamina, compuşii nitro şi amino ai benzenului, policlorura de vinil, ş.a. (38). Din punct de vedere practic existenţa hepatitelor toxice reclamă măsuri de profilaxie prin respectarea regulilor de igiena muncii şi contraindică activitatea persoanelor cu suferinţe hepatice în mediu cu substanţe toxice; fapte de care trebuie să ţinem seama în acţiunea de recuperare.

e). Nu este îndeajuns studiat rolul *aflatoxinelor* din alimente şi vinuri în geneza hepatitelor şi hepatozelor cronice.

f). *Hepatitele medicamentoase.*

Se prezintă sub trei aspecte: tipul colestatic, tipul citolitic şi tipul mixt (46 ş.a.).

Hepatitele colestatice medicamentoase se caracterizează prin sindromul de retenţie biliară, sindromul colalic cu hiperlipemie şi un foarte discret sindrom de citoliză hepatică. Apar în legătură cu preparatele arsenicale, sulfamidice, salicilaţii, derivaţi de fenotiazină şi mai ales clorpromazina, metiltestosteron, tiomeracil, tuberculostatice (PAS, Hidrazida, Rifampicina) hormonii tiroidieni şi ovarieni; diuretice — clortiazida; substanţele de contrast pentru colecistografii; produse anticoncepţionale; aludrina (Izoproterenol) (11,50).

Formele citolitice. Nu prezintă deosebiri esenţiale din punct de vedere clinic, biologic şi histologic faţă de hepatita virală. Apar în legătură cu antireumaticele (Cincofen, Fenilbutazonă), tuberculostaticele (PAS, Hidrazida), sulfamidele (Sulfoniloxipiridazina); antibioticele (Tetraciclinele, Novobiocina, Strepto-

Scanned with OKEN Scanner

micina, Teramicina), anticonvulsivantele (Hidantoină, Fenacetiluree), citostaticele (Uretan, 6-mercaptopurina), inhibitorii monoaminooxidazei (Iproniazida), cloroformul.

Formele mixte, în care, pe lîngă necroza centrolobulară, se adaugă şi colestaza, sînt produse de: butazolidină, sulfadiazină, dietilstilbestrol, TAO (triacetiloleandomicina), I.M.A.O. antidepresive.

g). *Hepatopatii prin carenţe alimentare.*

Cercetările experimentale evidenţiază alteraţii morfofuncţionale hepatice caracteristice realizate prin diete hiperlipidice şi sărace în proteine (respectiv în factori lipotropi de tipul colinei, metioninei, inozitolului, triptofanului şi vitaminei B_{12}) care conduc la dezvoltarea unor steatoze hepatice difuze cu localizare periportală sau centrolobulară. Prelungirea dietelor carenţiale duce la ciroză periportală cu invadarea ulterioară a lobulului. În patologia umană sînt cunoscute cirozele hepatice nutriţionale ce survin în cadrul sindroamelor de malabsorbţie şi malnutriţie, un factor carenţial acţionează şi în alcoolismul cronic.

h). *Hepatopatii alcoolice.* Consumul prelungit şi în cantităţi mari de alcool conduce la steatoza hepatică mai ales în condiţiile asocierii cu alimentaţia săracă în proteine şi bogată în grăsimi sau cu subnutriţia. Nu s-a dovedit o corelaţie strînsă între cantitatea de băuturi alcoolice şi intensitatea leziunilor. Alcoolul acţionează prin deficienţele nutritive pe care le generează, sau prin potenţarea unor agresiuni preexistente (factori toxici şi infecţioşi). Principalul mecanism constă însă în acţiunea sa toxică directă necrozantă asupra celulei hepatice, urmată de reacţia inflamatorie. Conceptul de „hepatită alcoolică" este în prezent pe deplin documentat. Toţi aceşti factori nocivi, prin sumarea lor, ar putea reprezenta elemente favorizante ale procesului complex de autoîntreţinere imunologică, desfăşurat uneori pînă la realizarea cirozei hepatice (26, 31).

DIAGNOSTIC

Se bazează pe un mare număr de criterii, uneori concordante, deseori însă disociate. Datele clinice, extrem de preţioase, se completează cu explorări morfofuncţionale selectate după necesităţile situaţiei concrete. Anamneza relevă prezenţa în antecedente a episodului manifest de hepatită acută (icterigenă sau anicterigenă) şi eventual calea de contaminare. Este necesară căutarea şi a altor factori hepatoagresivi asociaţi (toxici, medicamentoşi, patoimuni etc.). Se studiază cu atenţie simptomele care ţin cu adevărat de suferinţa hepatică: aste-

Scanned with OKEN Scanner

nie, scăderea poftei de mîncare, pierderea din greutate, hepatalgiile de efort. Valoarea semnelor dispeptice sau a durerilor postprandiale, expresie a suferinţelor bilio-digestive asociate, se rezumă la aspectul revelator, dictînd un examen medical. Obiectiv, principalul element este hepatomegalia de consistenţă crescută, sensibilă, eventual cu suprafaţa modificată. Splenomegalia este prezentă la majoritatea bolnavilor, uneori de dimensiuni mari („hepatită hipersplenomegalică"). Febra survine mai rar şi exprimă activitatea procesului inflamator, uneori procese acute de citoliză. Icterul (subicterul) are semnificaţie inegală: de regulă hepatitic, prin „prăbuşirea morfofuncţională" a parenchimului, alteori însă colestatic sau hemolitic, fiecare tip avînd un profil umoral caracteristic. Semnele de hiperoestrogenism aduc indicaţii asupra deficitului metabolic: steluţele vasculare, eritemul palmo-plantar, limba carminată, ginecomastia la bărbaţi. Pigmentarea melanică poate ţine de insuficienţa suprarenală, porfirie sau hemocromatoză. Sindromul hemoragipar şi anemic evidenţiază, după caz, gravitatea leziunii hepatocitare sau intervenţia hipersplenismului. Edemul aparţine mai ales sindromului endocrin: hiperaldosteronism.

Precizarea diagnosticului presupune explorări funcţionale cu orientarea bine precizată, care pot fi sistematizate după semnificaţia fiziopatologică a tulburărilor evidenţiate (14, 18).

1. *Sindromul hepatocitolitic* se exprimă prin creşterea activităţii serice pentru enzimele structurale: GOT, GPT, ornitincarbamiltransferaza, dehidrogenazele, aldolazele, arginaza, glucozo-6-fosfataza etc., în creşterea fierului şi a vitaminei B_{12} în sînge.

2. *Sindromul hepatopriv* traduce „insuficienţa hepatocelulară" şi evaluează în esenţă deprimarea sintezelor proteinice şi a conjugărilor: scăderea albuminei, fibrinogenului, siderofilinei, nucleinelor, esterilor de colesterol, a enzimelor hepatice de secreţie (colinesterază serică, pseudolipoproteinlipază, piruvatkinază), deficitul în complexul protrombinic (apreciat global prin testul Quick). Scăderea albuminemiei paralel cu cea a colinesterazei serice are semnificaţie prognostică severă. Spectrul tulburărilor metabolice se poate completa cu studii privind metabolismul glucidic, lipidic, hormonal, medicamentos. Funcţia antitoxică prezintă la rîndul său deficienţe testabile.

3. *Sindromul de „traversare hepatică"* constă în tulburarea transportului de BSP. Dozările obişnuite din ser pot fi lărgite prin determinarea clearance-ului hepatic, calcularea rapor-

Scanned with OKEN Scanner

tului procentual 20/45 minute, analiza cromatografică a fracţiunilor conjugate, eliminarea biliară şi urinară a BSP.

4. *Sindromul colestatic* se evaluează prin nivelul seric al enzimelor de excreţie (fosfataza alcalină, 5-nucleotidaza, leucinaminopeptidaza), retenţia de colesterol şi săruri biliare.

5. *Sindromul de retenţie bilirubinică* impune totdeauna precizarea cauzei şi a mecanismului prin care se realizează: hiperbilirubinemie prehepatică, hiperbilirubinemie prin tulburări de transport intrahepatic (defect de preluare, de glicuronoconjugare şi de excreţie) şi hiperbilirubinemie prin colestază intrahepatică (ductulară).

6. *Sindromul inflamator* (de „leziune mezenchimatoasă") se reflectă în creşterea V.S.H., pozitivarea testelor de labilitate serică (reacţia cu timol pare să reflecte mai fidel procesul hepatitic), creşterea fracţiunii electroforetice gama (eventual cu fuzionarea beta-gama).

Scintigrafia hepatică mezenchimatoasă (cu ^{198}Au coloidal) şi parenchimatoasă (cu ^{131}I roz bengal) arată modificări de dimensiune, formă şi captare. Fixarea crescută de radiocoloid la nivelul SRH splenic şi medular evidenţiază activitatea mezenchimală extrahepatică sau depuneri vicariante. Cu aceeaşi tehnică se determină şi debitul sanguin hepatic care scade în raport cu gradul afectării hepatice. *Splenoportografia radioizotopică* (de fapt „radiocirculograma porto-sistemică") evidenţiază şunturile venoase, cu scurtarea timpului de circulaţie splenopulmonar, încă din stadiile timpurii ale hipertensiunii portale. Metoda relevă astfel evoluţia cirogenă a hepatitei.

Sindromul imunologic însumează o baterie largă de teste care evidenţiază reacţiile imunoserice şi imunocelulare. Investigaţia imună are în vedere şi detectarea antigenului HB (Australia).

Substratul morfopatologic se precizează prin laparoscopie şi prin puncţie biopsie hepatică. Există şi aici limite metodologice care trebuie avute în vedere. O singură puncţie nu poate oferi totdeauna imagini veridice. În practica obişnuită explorarea morfologică nu este la toţi bolnavii obligatorie. Rămîne însă indispensabilă, pentru cazurile de neconcordanţă între celelalte investigaţii şi pentru cazuri limită. *Trebuie subliniată semnificaţia deosebită pe care substratul morfologic o prezintă sub aspectul perspectivelor evolutive: modificările hepatocitare arată situaţia actuală şi prognosticul imediat (prezentul bolnavului), cele mezenchimale arată în schimb perspectivele mai îndepărtate de evoluţie (viitorul).* Această distincţie trebuie făcută

Scanned with OKEN Scanner

dealtfel pentru toate explorările şi prezintă o importanţă deosebită în cadrul activităţii de expertiză medicală şi recuperarea capacităţii de muncă.

PREMISE ETIOPATOGENETICE ŞI FIZIOPATOLOGICE ALE RECUPERĂRII

Relaţia cauzală între hepatita acută virală şi hepatita cronică este bogat documentată. Filiaţia nu este însă totdeauna evidentă, avînd în vedere posibilitatea formelor inaparente, anicterigene, de hepatită acută, mult mai frecvente decît cazurile manifeste diagnosticate. Demonstrarea antigenului HB_s poate fi o probă diagnostică retrospectivă, dar inconstantă şi operînd doar pentru infecţia cu virus B. Nu dispunem, din aceste motive, de informaţii privind ponderea hepatitei virale în etiologia hepatitei cronice. La noi, ea rămîne predominantă, avînd în vedere fondul endemic persistent. Cronicizarea ţine în parte de factorul viral şi în acest sens agresivitatea cea mai mare este o caracteristică a virusului B (60, 61). Formele grave, cu distrucţii necrotice accentuate şi cu icter prelungit, formele colestatice, prezintă risc crescut de cronicizare. Reactivitatea imună a organismului s-a dovedit de mare importanţă şi aci intervine predispoziţia genetică la perturbări ale homeostaziei imune, evidenţiată de numeroase fapte. Incapacitatea organismului de a neutraliza virusul (deci persistenţa antigenului HB_s după episodul acut iniţial), dezvoltarea intrainfecţioasă a reacţiilor patoimune serice şi celulare sînt indicii de probabilitate ale cronicizării.

Un rol facilitant în cronicizare revine şi altor factori: efortul în perioada prodromală, suferinţe digestive preexistente, alcoolismul, subnutriţia, malaria, diabetul zaharat. Expunerea profesională la toxice (şi în primul rînd saturnismul) sau uzul prelungit de medicamente hepatotoxice sînt de asemenea de reţinut, prin implicaţiile lor de prevenire.

Proporţia de cronicizări — unele evidente continuativ, altele după intervale aparent libere care pot deveni foarte lungi — variază mult cu locul observaţiei, genul epidemic, sursa contaminării şi este de 1—9%, dar atinge chiar 35—50%, în unele epidemii severe. Cifra este mai redusă la tineri decît la bolnavii peste 50 ani. A diminuat în ultimii ani, comparativ cu situaţia constatată postbelic (14, 28, 41, 47.).

La baza dezvoltării hepatitei cronice există mecanisme imunitare pentru care pledează argumente de natură diferită: clinice, seroimunologice, histopatologice, experimentale, terapeutice. Concepţia întreţinerii autoimune s-a lărgit odată cu apa-

Scanned with OKEN Scanner

riţia noilor probleme privind semnificaţia antigenului HB_s şi a complexelor imune (15). Se admite în prezent că deficienţe de apărare, ereditare sau dobîndite, aduc organismul într-o stare de incapacitate de a elimina agentul viral de agresiune exogenă. Persistenţa acestuia antrenează modificări în structura şi compoziţia membranelor celulare, capabile de a antrena apoi un proces de autoimunizare. Acest mecanism integrează, într-un sistem unitar, agresiunea virală iniţiatoare şi răspunsul organismului faţă de acţiunea sa. Proprietăţile agenţilor etiologici şi profilul imunologic al terenului explică polimorfismul clinic şi evolutiv al hepatitei. În această interacţiune dintre virus şi gazdă, posibilităţile de acţiune terapeutică se adresează pentru moment doar celui de-al doilea factor, în aşteptarea unor modalităţi de intervenţie antivirală, de competenţa viitorului.

În cadrul reacţiei SRH, un rol patogenetic particular revine „hipersplenismului imun", cu efecte nu numai hepatice, ci şi hematice, („hipersplenism hemocitopenizant"). În ceea ce priveşte leziunea hepatocelulară, toată problema terapiei patogenetice se limitează la stimularea proceselor trofice şi regenerative, destinate să restrîngă necroza şi distrofia celulară (rezultate din agresiunea virală directă, dar şi a factorilor imuni antihepatici, mai verosimil celulari) şi să stimuleze reacţia regenerativă.

Evident că disfuncţia hepatocelulară atrage tulburări metabolice în toate sectoarele, care au la rîndul lor răsunet negativ asupra organului afectat şi asupra întregului organism. Hepatita devine astfel o boală generală (9, 29 ş.a.), iar măsurile terapeutice vor trebui să se extindă şi la obiective care depăşesc aria hepatică propriu-zisă şi pe cea a mezenchimului activ. Distrucţiile parenchimului evoluează concomitent cu reacţia inflamatorie a mezenchimului hepatic, spaţiile porte devenind surse de agresiune imuno-celulară pentru lobuli. Stingerea inflamaţiei constituie de aceea un obiectiv central al programului terapeutic.

Coafectarea splinei ia uneori şi aspecte particulare, cu alterarea hemodinamicii intrasplenice, a procesului de hemocateree şi de reţinere a eritrocitelor. Se dezvoltă astfel, în mod secundar, un „hipersplenism local", responsabil la rîndul său de hiperhemoliza patologică.

Posibilităţile de evoluţie ale hepatitelor cronice. O mare parte din cazuri se stabilizează pînă la aspectul de vindecare clinică, cu sau fără modificări morfologice reziduale de tipul fibrozei. Altă posibilitate este evoluţia continuă sau ondulatorie cu faze de latenţă şi de exacerbare de durată şi în grad diferit.

Scanned with OKEN Scanner

În fazele de agravare poate surveni sfîrşitul letal prin insuficienţă hepatică. Evoluţia spre ciroză este o eventualitate apreciată în proporţii diferite. Nu se cunosc cauzele care determină această variabilitate evolutivă.

Hepatita cronică prezintă trei posibilităţi majore de evoluţie (O. Fodor la discuţiile grupului de hepatologi al Societăţii de Gastroenterologie, din R.S.R., 1974) (65). O prezentare sinoptică este redată în tabelul 4.

Tabelul 4

Principalele caracteristici ale variantelor evolutive ale hepatitei cronice postvirale

	H. cr. stabilizată	H. cr. activă	H. cr. progresivă
Clinic	Ficat mai consistent, uşor mărit	slăbire, astenie, hepatalgie de efort hepatosplenomegalie sensibilă ± steluţe, rar icter	slăbire, astenie, steluţe ± vasculare (explozii), icter, hemoragii, subfebrilităţi, splenomegalie constantă ± edeme
Biochimic	Teste normalizate sau uşor alterate, cu disocieri	teste alterate evident ± disocieri	teste net alterate, aglomerate persistente ± în agravare
Scintigrafic	Ficat normal sau uşor mărit, splină necaptantă	hepatomegalie cu captare neomogenă ± captare splenică	hepatomegalie cu „amputarea" lobului drept, captare splenică importantă, constantă
Splenoportografic	Şunturi portosistemice absente	absente	moderate
Histologic	fibroză gr. I , II	infiltrate, infl. portale, leziuni distrofice hepatocitare	infiltrate extinse perilobulare, leziuni distrofice accentuate, necroză ± „piece meal"
Laparoscopic	Ficat palid, uneori fin granular	ficat palid, granular	ficat palid, nodular
Hemodinamic	Debit hepatic normal	normal ± reducere moderată	reducere importantă

Scanned with OKEN Scanner

XVI.1. HEPATITA CRONICĂ STABILIZATĂ

Clinic se caracterizează prin ficat palpabil, de consistenţă mai crescută, pot fi prezente minime manifestări dispeptice. Biochimic se constată teste biologice de parenchim şi mezenchim, de obicei normale sau cu tendinţă la normalizare. Laparoscopic, ficatul este palid, voalat, uneori fin granulat. Histopatologic se constată fibroză de gradul I, în spaţiile porte, sau de gradul II (insule sau benzi portale), infiltratul celular portal este absent sau sărac. Scintigrafia cu radiocoloizi evidenţiază dimensiuni normale sau uşor augmentate, fixare splenică normală (lipsa imaginii). Debitul sanguin hepatic este normal. Clearence-urile hepatice sînt normale.

XVI.2. HEPATITA CRONICĂ ACTIVĂ

Clinic: fenomene dispeptice, scăderea poftei de mîncare, slăbire în greutate, fatigabilitate, sindrom asteno-vegetativ, hepatalgii de efort, hepatosplenomegalie sensibilă, mai rar icter sau steluţe vasculare. *Biochimic:* teste alterate în combinaţii variabile, de intensitate moderată, cu posibilitatea disocierilor. *Laparoscopic:* ficat palid, granular, asimetria de volum a celor doi lobi. *Histologic:* structură lobulară păstrată, infiltrate inflamatorii portale şi perilobulare bogate, leziuni hepatocitare distrofice în focar. *Scintigrafic:* ficat mărit, captare neomogenă, la 30—40% din cazuri, captare splenică (moderat crescută). Debit sanguin hepatic normal sau uşor scăzut. Circulaţia portosistemică absentă. Clearance-uri hepatice uşor scăzute.

XVI.3. HEPATITA CRONICĂ PROGRESIVĂ

Clinic: semne dispeptice permanente, scăderea poftei de mîncare, semne astenovegetative, pierdere ponderală, fatigabilitate progresivă, steluţe vasculare, uneori în pusee explozive, sindrom hemoragipar, perioade de icter, stare subfebrilă, ascită reversibilă. Ficat mărit, mai ales lobul stîng, ferm, splenо-

Scanned with OKEN Scanner

megalie constantă, de dimensiuni diferite. *Biochimic:* alterarea testelor, pozitivitatea lor permanentă la valori ridicate. *Laparoscopic:* ficat palid, nodular, boselat. *Histopatologic:* leziunile semnalate anterior sînt mai accentuate, infiltratele au extindere perilobulară, intricîndu-se cu histiofibrocite cu tendinţă la strangulare anulară a parenchimului. Leziuni distrofice metabolice şi degenerative hepatocitare accentuate. Zone de necroză. Poate apare fibroză de gradul II, frecvent „piece meal necrosis" (fără ca această leziune să fie absolut caracteristică şi nici obligatorie). *Scintigrafic:* volum mărit, amputarea lobului drept, hipertrofia celui stîng, captare inomogenă, imagine splenică prezentă totdeauna. Debit sanguin hepatic mult diminuat. Circulaţia porto-sistemică: şunturi moderate, în unele cazuri demonstrabile radioizotopic. Clerance-urile hepatice prezintă scăderi marcate.

Aceste posibilităţi clinico-evolutive nu reprezintă cadre nozologice separate şi nici nu au un caracter fix, imobil şi definitiv. Apar posibilităţi de trecere intermediare. Fiecare din posibilităţile existente prezintă, în proporţie diferită, potenţialul de stabilizare şi vindecare, precum şi posibilităţi de agravare spontană sau indusă de variaţi factori. Este posibilă trecerea dintr-o variantă în alta, atît în sensul agravării, cît şi al retrocedării manifestărilor patologice. Caracterul potenţial reversibil al hepatitei cronice este propriu acestei afecţiuni şi o diferenţiează de ciroză, care este ireversibilă.

Hipersplenismul se poate adăuga oricărui aspect evolutiv menţionat, dar în special celui activ şi progresiv. Tot astfel şi *componenta colestatică.*

Modificările endocrine şi porfiropatia pot impune la rîndul lor o notă particulară tabloului clinic (hiperoestrogenism, hiperaldosteronism, tiroidite etc., respectiv dermatită buloasă fotosensibilă şi melanodermie).

Hepatitele cronice cu disproteinemie se caracterizează prin creşteri exagerate ale globulinelor, în special a fracţiunii gama, pe seama imunoglobulinelor, uneori cu patoproteine. În tabloul clinic se pot adăuga hemocitopenii autoimune sau hemoragii prin disglobulinemie, sindrom Raynaud, prin crioglobuline, febră, artralgii, degete hipocratice, infiltrate pulmonare, revărsate pleurale, manifestări renale şi cutanate etc.

Procesul hepatitic poate fi intricat cu steatoză, secundară mai ales alcoolismului asociat sau preexistent, dar şi unor intoxicaţii profesionale. Abuzul de droguri hepatotoxice pot imprima la rîndul lor o alură deosebită hepatitei, mai ales prin

Scanned with OKEN Scanner

tulburările de excreție a bilirubinei și sărurilor biliare. În sfîrșit, congestia vasculară hepatică poate răspunde de unele creșteri dureroase de volum, ale organului, reversibile rapid după repaus la pat și diuretice.

În evoluția spre regresiune, putem distinge o fază a hepatitei „cu semne minime de activitate", sau „hepatita activă cu evoluție spre stabilizare". Același mers îl putem identifica și pentru varianta progresivă, luînd ca reper situația clinică, morfologică, imunologică și funcțională înregistrată la intervale diferite, succesive, ca expresie a unei urmăriri dinamice.

Ca particularități evolutive ale hepatitei alcoolice, menționăm: reversibilitatea (pentru stadiile precirotice) atît din punct de vedere clinic, biologic cît și morfologic, după suspendarea consumului de băuturi alcoolice și aplicarea tratamentului corespunzător. Hiperalfa$_2$- gamaglobulinemia existentă regresează însă foarte lent sau chiar deloc. Este posibilă uneori evoluția sub forma sindromului Zieve—Leslie: hepatomegalie, icter, anemie hemolitică, hiperlipemie, hipercolesterolemie. Frecvent se constată asocierea suferinței întregului aparat digestiv, a inimii și a sistemului nervos central și periferic. Steatoza hepatică alcoolică are caracteristici distincte, este lipsită de progresivitate și se remite sub tratament în mare măsură.

PROGNOSTICUL HEPATITELOR

Elementele de diagnostic din hepatite sînt numeroase: biologice (medicale), sociale și profesionale. Ele reies din întreaga problematică a etiopatogenezei, fiziopatologiei și evoluției. Este necesară însă urmărirea elementelor mai semnificative care să conducă la un prognostic cît mai corect pentru fiecare observație în parte, cu atît mai mult cu cît evoluția este adesea înșelătoare ori greu previzibilă. Din această cauză sînt numeroase cazurile cînd este bine să considerăm prognosticul ca rezervat.

Dintre elementele de prognostic rezervat subliniem următoarele pentru hepatita acută virală: tipul B, *vîrsta* înaintată. *calea de pătrundere a virusului* prin inoculare, *sumarea unor factori toxici, carențiali* sau *infecțioși,* formele cu perioadă preicterică îndelungată, formele prelungite, cele cu recăderi și recidive repetate, *coma hepatică* (impune un prognostic cu atît mai sever cu cît a apărut mai timpuriu și este mai profundă), *asocierea altor afecțiuni viscerale* mai ales digestive (ulcerul gastric sau duodenal, pancreatita cronică etc.), *unele afecțiuni endocrine* (hipertiroidismul), *afecțiunile ficatului anterioare îmbolnăvirii virale,* perturbări imunologice ale organismului,

Scanned with OKEN Scanner

nerespectarea repausului la pat și a regimului igieno-dietetic în perioada acută (mai ales în faza preicterică) (32), *efectuarea unor eforturi fizice* sau neuro-psihice în perioada premergătoare, *condiții sociale necorespunzătoare* (alimentație, locuință).

Prognosticul poate fi influențat în bine de stabilirea la timp a diagnosticului și de instituirea corectă a tratamentului.

În ansamblu, evoluția hepatitei acute se face spre vindecare în proporție de 91—92%, trecerea în cronicitate 7%, exitus (prin insuficiență hepatică) în 1—2% (14).

Prognosticul hepatitei cronice este în funcție în primul rînd de varianta evolutivă și gravitatea procesului.

Hepatita cronică stabilizată poate rămîne în acest stadiu un timp nedefinit. Totuși sub influențe nocive, nu totdeauna evidente, poate să evolueze către ciroză hepatică după reactivare și viraj la hepatită cronică progresivă. Prognosticul capacității de activitate este bun, condiționat și de profesiunea și locul de muncă al bolnavului.

Hepatita cronică activă are un anumit potențial evolutiv spontan către hepatita cronică progresivă și prin aceasta către ciroza hepatică. De cele mai pulte ori, sub tratament, evoluează către hepatită cronică stabilizată, cu fibroză reziduală moderată. Capacitatea de activitate este redusă și mai rar pierdută temporar, în funcție de condițiile sociale și profesionale.

Hepatita cronică progresivă are prognostic sever și dacă nu se intervine energic, evoluează către ciroza hepatică. Sînt posibile și faze de remisiune, chiar pînă aproape de latență clinică, dar fără a atinge pragul unei vindecări clinice complete.

Capacitatea de muncă este pierdută pentru orice profesiune. Este posibilă eventual activitatea la domiciliu, 1—2 ore pe zi, în forme de muncă ce necesită eforturi energetice reduse.

Prezența hipersplenismului constituie un indiciu de gravitate prin consecințele sale asupra procesului hepatitic și prin hemocitopenia la care duce.

Hipersplenomegalia oferă riscuri suplimentare de agresivitate prin hemocatereză și complicații trombotice veno-splenice.

Hepatita cronică colestatică are prognostic rezervat cu evoluție între doi și zece ani. Bolnavii sfîrșesc prin insuficiență hepatocelulară, sau hemoragii gastrointestinale. Capacitatea de activitate este de la început mult redusă, apoi pierdută pentru orice profesiune.

Scanned with OKEN Scanner

În suferințele ficatului, prognosticul îndepărtat — viitorul bolnavului — este determinat de starea generală, cu prezența sau absența semnelor de activitate, probele funcțional-biologice încadrate în sindromul „inflamator" sau de „leziune mezenchimatoasă" și leziunile mezenchimale evidențiabile prin PBH. Prognosticul prezent și imediat sînt apreciate prin prisma stării clinice, a sindroamelor funcțional-biologice, în special sindromul hepatopriv, de hepato-citoliză, și a modificărilor morfologice parenchimatoase. Răsunetul general al suferinței ficatului, asociația altor afectări viscerale, sînt elemente importante pentru aprecierea corectă a prognosticului și pentru alcătuirea planului complex de reabilitare.

În ceea ce privește prognosticul invalidității în hepatita cronică, observațiile noastre arată: în primul an după hepatita acută se invalidează 2,7%; în primii doi ani, 3,8%; în primii trei ani, 3,6%, iar în primii cinci ani, 7,8%.

La evaluarea prognosticului invalidității hepatitelor cronice au mare importanță — pe lîngă situația morfofuncțională a ficatului — suferințele concomitente ale altor viscere. Observația curentă arată că invaliditatea rezultă deseori din sumarea unor suferințe pluriviscerale. Coafectarea bilio-duodenală este obișnuită, încît adeseori simptomele dispeptice sînt cele care atrag atenția asupra aparatului digestiv. Coafectarea pancreasului în suferințele ficatului, începînd de la hepatita acută pînă la ciroza hepatică, a fost semnalată de mulți cercetători și este prezentă și în observațiile noastre. Este posibilă și dezvoltarea unui ulcer gastroduodenal sau a unei enteropatii cronice. Suferința aparatului cardiovascular la bolnavii cu hepatită cronică și ciroză hepatică este de mult cunoscută. S-au mai descris tulburări în metabolismul vitaminei B_{12}, în hematopoeză, coafectarea rinichiului, tulburări în metabolismul lipidic, hemeralopie etc.

Hepatopatia și ciroza etilică au prognostic rezervat. În condițiile evoluției lor naturale (netratate), 38% dintre bolnavi sucombă prin comă hepatică. Asocierea hepatomegaliei, a febrei și a ascitei sînt elemente de prognostic rezervat. De asemenea, creșterea bilirubinemiei peste 10 mg%, a azotemiei ca și leucocitoza peste 14.000/mm³, sînt elemente de agravare. Creșterea fosfatazelor are prognostic mai sever decît creșterea transaminazelor. În condițiile unui tratament corect și a renunțării la băuturi alcoolice, prognosticul se îmbunătățește mult.

Privitor la hepatopatiile toxice-medicamentoase trebuie subliniat că însăși suprimarea administrării medicamentelor nocive este urmată adeseori de retrocedarea suferințelor he-

patice. Prin administrarea tratamentului obișnuit — măsuri igieno-dietetice, intervenția asupra factorilor patogenetici și funcționali, după necesități — se obține în majoritatea cazurilor, recuperarea bolnavilor chiar în formele prelungite. S-a observat însă și posibilitatea evoluției spre ciroză hepatică, ceea ce pune în discuție problema eventualei autoperpetuări imunologice a leziunilor acute și necesitatea urmăririi suferinței hepatice la administrarea oricăror medicamente. Nu se poate însă exclude, în asemenea eventualități, nici infecția virală asociată, ocultă.

EXPERTIZA MEDICALĂ A CAPACITĂȚII DE MUNCĂ

Hepatita cronică și ciroza hepatică reprezintă 4,1% din întreaga invaliditate (24, 34, 35, 53). Relativ la ansamblul activităților din cadrul cabinetului de expertiză medicală, prelungirea concediilor medicale peste 90 zile, avizele de expertizare, stabilirea gradului de invaliditate pentru suferințele ficatului și căilor biliare, reprezintă un volum ce se ridică la 8% din activitate.

Sarcina principală a comisiei de expertiză medicală este să răspundă, cu argumente științifice, dacă bolnavul respectiv mai poate efectua o activitate în sector organizat, unde poate să activeze, cît anume și în ce condiții ambientale (35). Totodată se fixează și planul de recuperare.

În expertiza medicală a hepatitei cronice se aplică principiul enunțat al raportării restantului morfo-funcțional (considerat în dinamica sa) al organului suferind și al organismului în întregime, la caracterul solicitărilor profesionale ale locului de muncă.

Cu toate progresele înregistrate recent în diagnosticul stadial al hepatitei cronice se observă încă deficiențe în activitatea de expertiză, pe care I.E.M.R.C.M. le-a sintetizat în felul următor (24,48):

1. Aprecierea defectuoasă a momentului cînd fostul bolnav urmează să-și reia activitatea.

2. Reîncadrarea în forme de muncă necorespunzătoare stadiului evolutiv al bolii.

3. Penuria și stereotipia formelor de muncă recomandate la reîncadrarea în muncă (portar, paznic, cooperație de invalizi, aceeași muncă cu program redus), adesea neconcordante, pe de o parte cu starea de boală și calificarea invalidului, iar, pe de altă parte, cu posibilitățile existente în întreprindere.

4. Neprecizarea condițiilor și regimului de muncă pentru formele de muncă indicate la reîncadrare (solicitări energetice,

Scanned with OKEN Scanner

psihice, activitate de noapte, activitate în ture, activitate în mediu toxic etc.).

5. Lipsa unei dispensarizări corespunzătoare a deficienților încadrați, cu supravegherea adaptării la forma de muncă indicată și asigurarea unei reintegrări armonioase.

6. Neasigurarea unei activități protejate bolnavului de hepatită cronică prin amenajarea locului de muncă, raționalizarea eforturilor, organizarea de ateliere speciale pentru deficienți.

7. Tendința medicilor de întreprindere de a face obstrucție la reîncadrarea invalizilor hepatici de gradul III cu scopul de a evita creșterea morbidității cu incapacitate temporală de muncă în întreprindere.

La acestea mai adăugăm: nefolosirea tuturor mijloacelor de diagnostic pentru precizarea stadiului evolutiv al bolii, iar uneori necunoașterea semnificației unor probe biochimice-funcționale, imunologice sau morfologice, ceea ce împiedică o apreciere justă a diagnosticului și prognosticului, precum și o evaluare exactă a restantului morfo-funcțional hepatic și în final a capacității de muncă; implicațiile medico-sociale largi în rezolvarea problemelor și lipsa de cooperare între toate forurile cointeresate în acțiune; lipsa de orientare a medicilor din rețeaua curativo-profilactică în probleme de expertiză medicală. De aici, fie reținerea, nejustificat de mult prelungită, în activitate a persoanelor deficiente sau chiar invalide, fie trimiterea (mai ales) spre încadrare în grad de invaliditate a unor persoane apte să muncească.

Dintre alte greutăți se mai menționează (35): refuzul aparent nejustificat al bolnavului de a desfășura o activitate profesională; lipsa sau insuficiența unor locuri de muncă corespunzătoare pentru invalizi (o parte din ele sînt ocupate de valizi).

Urmărindu-se comparativ încadrarea în grade de invaliditate în condiții de teren și în condițiile I.E.M.R.C.M., se constată o neconcordanță în ce privește hepatita cronică, astfel (24, 48):

	În teren:	La I.E.M.R.C.M.
încadrați în gradul III	56%	47%
încadrați în gradul II	24%	41%
capac. muncă păstrată	30%	12%

Aceste date arată necesitatea respectării unor criterii unitare de apreciere a capacității de muncă în toate cabinetele de expertiză.

Prezentăm următoarele criterii orientative care se bazează pe criteriile I.E.M.R.C.M., pe propriile noastre observaţii şi pe datele din literatură (24, 35, 36, 48, 62, ş.a.).

1. *Hepatita acută virală* necesită repaus la pat şi deci acordarea concediilor medicale *în funcţie de criteriul biologic* (apreciat clinic, funcţional-biochimic şi morfologic), de *profesiune* (locul de activitate, caracterul solicitărilor la care este supus bolnavul şi condiţiile în care lucrează), precum şi în funcţie de unii *factori sociali* care privesc bolnavul însuşi şi familia sa.

Criteriul biologic: atîta vreme cît sindromul clinic nu a revenit aproape de starea normală şi sînt prezente simptome chimico-funcţionale de activitate a hepatocitului (sindromul hepatopriv şi de hepatocitoliză) şi eventual semne morfologice de acelaşi sens, nu poate fi vorba de reluarea activităţii profesionale, chiar dacă aceasta necesită un efort energetic şi neuro-psihic mic. În primele luni după reîncadrare se va face o evaluare a parametrilor esenţiali spre a se cunoaşte efectul solicitării profesionale. Ag.HBs pozitiv semnifică adesea o evoluţie mai severă.

Criteriul profesional: cu cît locul de activitate solicită mai mult organismul din punct de vedere energetic sau neuro-psihic, cu atît mai îndelungat trebuie să fie concediul medical.

Criteriul social: dacă bolnavul are condiţii materiale restrînse, nu are condiţii de odihnă, nu-i este asigurată o alimentaţie completă şi corect pregătită, este recomandabil să se prelungească internarea în staţionar, unde sînt asigurate toate aceste condiţii.

Urmărind aceste criterii concrete pentru fiecare bolnav în parte şi trecute prin prisma experienţei generale, trebuie să se acorde concediu medical suficient, contribuind în acest fel la vindecarea fără urmări, prevenind (eventual) trecerea în cronicitate, cel puţin în măsura în care aceasta depinde de măsurile terapeutice introduse.

Astfel, în cazurile obişnuite de hepatită acută virală, bolnavul poate beneficia de concediu medical 2—3 luni. În formele ceva mai severe (cu virus B), durata acestuia se prelungeşte pînă la nouă luni, iar în cele severe este necesară trecerea în gradul II şi mai rar în gradul III de invaliditate, în funcţie de criteriile amintite. Dacă paralel cu interesarea hepatocitului este prins mezenchimul şi prezintă semne de activitate de durată (V.S.H. crescută, timol crescut, modificări ale proteinogramei şi ale imunoelectroforezei, sînt prezente modificări scinti-

Scanned with OKEN Scanner

grafice şi imunologice), acestea semnifică profunzimea afecţiunii şi că viitorul, chiar ceva mai îndepărtat, este nefavorabil. În această situaţie se face propunerea de expertizare şi trecerea în invaliditate. Dacă locul de muncă prin el însuşi, sau prin condiţiile aferente, face imposibilă reluarea activităţii, se indică modificarea locului de muncă sau schimbarea lui în cadrul aceleiaşi profesii. Dacă acestea nu sînt posibile, ele devin elemente ce indică propunerea de expertizare.

În cazul hepatitei acute virale este mai bine să prelungim spitalizarea şi concediul medical, decît să trimitem la muncă persoane cu elemente de activitate a hepatitei sau să trecem în invaliditate persoane recuperabile în timp util.

2. *Urmările hepatitei acute.* Le privim după aceleaşi criterii: biologice, sociale şi profesionale. Cele la care este prezentă suferinţa ficatului însuşi, vindecarea incompletă, hepatomegaliile reziduale ca şi formele în care rămîn tulburări biochimico-funcţionale, se păstrează repausul la pat şi apoi repausul relativ un timp mediu de 5—6 luni, după care se indică reluarea activităţii cu program redus — 6 ore — şi în condiţii protejate — o perioadă, în funcţie de criteriile după care ne orientăm în general.

Formele la care domină suferinţa extrahepatică (diskineziile bilio-digestive, angiocolitele cronice, sindromul posthepatitic) se bucură de tratament în cadrul echipei de recuperare, o perioadă care nu trebuie să depăşească 4—5 luni, după care reintră în activitate, în condiţii protejate în funcţie de aspectele concrete ale fiecărui caz în parte.

3. *Hiperbilirubinemiile posthepatitice disenzimatice* impresionează bolnavul, anturajul său şi chiar pe medici, prin prezenţa sindromului icteric. În majoritatea cazurilor bolnavii îşi pot relua activitatea după 4—5 luni de tratament în condiţii de repaus. Uneori sîntem în situaţia de a-i încadra în gradul III sau chiar în gradul II de invaliditate. Bolnavul trebuie instruit asupra adevăratei semnificaţii a icterului său, asupra prognosticului său bun şi lipsei de progresivitate. Singurul neajuns este de ordin „estetic". În general se fac multe greşeli în sensul că se decid încadrări în grade de invaliditate prin confuzie cu hepatita cronică.

4. *Splenomegaliile reziduale* nu constituie un obstacol în reluarea activităţii, dacă ficatul este indemn şi dacă nu sînt semne de hipersplenism. Aceşti foşti bolnavi trebuie însă urmăriţi cu grijă, în mod complex, pentru a putea fi surprinse eventualele reactivări.

Scanned with OKEN Scanner

După observaţiile noastre şi ale altora (55), hepatita acută la persoanele peste 50 ani are urmări mai multe şi mai profunde, iar capacitatea de muncă se pierde pe o perioadă îndelungată.

5. *Hepatita cronică stabilizată.* Atunci cînd lipsesc elementele de activitate hepatică se poate relua munca în care persoana este calificată, exceptîndu-se locurile de muncă cu substanţe hepatotoxice. În această ultimă situaţie se procedează la schimbarea locului de muncă. În perioada reluării activităţii, fostul bolnav trebuie urmărit periodic, la intervale tot mai mari, timp de cîţiva ani. Dacă activează într-un loc de muncă cu efort energetic deosebit (mineri, muncitori forestieri, cioplitori etc.), se poate reduce programul de activitate la şase ore, sau se efectuează transferul în muncă pentru o perioadă îndelungată. Adesea e caz de încadrare în gradul III de invaliditate pentru o perioadă de şase luni, după care se va aprecia, dacă mai rămîne valabilă sau nu încadrarea, în funcţie de situaţia concretă în care se găseşte bolnavul în momentul revizuirii. Încadrarea în grad de invaliditate a acestei forme de hepatită cronică are un caracter profilactic şi este strict limitată în timp.

6. *Hepatita cronică activă.* În marea lor majoritate, bolnavii necesită încadrarea în gradul III, uneori chiar în gradul II de invaliditate, în funcţie de situaţia profesională şi socială a bolnavului, pentru o perioadă de 6 luni. Există şi posibilitatea ca o parte din bolnavii încadraţi în această categorie să fie consideraţi apţi de muncă în vechea profesie: bibliotecari, arhivari, activităţi de birou, mici meşteşuguri, care nu solicită eforturi fizice deosebite şi nici deplasări. Readmiterea în profesie se face cu atît mai uşor, cu cît elementele de activitate ale bolii se remit.

7. *Hepatita cronică progresivă* determină pierderea capacităţii de muncă pentru o perioadă îndelungată.

8. *Hepatita cronică colestatică.* La început capacitatea de muncă este redusă pentru orice profesiune, deci necesită încadrarea în gradul III de invaliditate, apoi treptat scade şi mai mult, pentru a se pierde total, cu trecerea la „ciroză biliară", cînd necesită încadrarea în gradul II.

9. *Hepatitele cronice cu hipersplenism* se evaluează în funcţie de criteriile generale cunoscute.

10. *Hepatita cronică la etilici (sau etilică):* — hepatoza etilică are capacitatea de muncă în funcţie de stadiul în care se găseşte; — în stadiul I, capacitatea de activitate scade uşor;

Scanned with OKEN Scanner

— în stadiul II, capacitatea de activitate scade mult — în stadiul III, capacitatea de activitate este pierdută.

Nu trebuie omis că orice deficient, indiferent de gradul de invaliditate, mai dispune de un restant morfo-funcţional care-i permite anumite activităţi, mai ales în condiţii protejate sau la domiciliu. Invalizilor prin hepatită cronică activă-evolutivă şi chiar celor cu ciroză hepatică (în stadiu compensat, mai ales considerînd efectul bun al diureticelor actuale) (38), li se pot acorda activităţi la domiciliu, ceea ce constituie o testare a capacităţii de activitate, pentru ca ulterior aprecierile să se facă în funcţie de evoluţie şi de toleranţa la efort. Se indică 1—2—3 ore de activitate la domiciliu pe zi, în funcţie de profesiune şi preferinţe, cu prudenţă, alternînd efortul cu repausul la pat.

PROFILAXIA HEPATITELOR CRONICE

În lipsa unor mijloace specifice, profilaxia etiologică a hepatitelor cronice postvirale nu este rezolvată. Singurele resurse disponibile sînt de aceea profilaxia hepatitei acute şi profilaxia cronicizării ei. În egală măsură au importanţă şi factorii patogenetici adjuvanţi. *Aceste măsuri profilactice sînt de ordin biologic (medical), social şi profesional.*

FACTORII MEDICALI AI PROFILAXIEI HEPATITEI ACUTE VIRALE

Hepatita serică reprezintă în condiţiile noastre aproximativ 50% din totalul hepatitelor epidemice. Dintre acestea cele posttransfuzionale sînt mult mai răspîndite decît se acceptă obişnuit în practică. Prin urmărirea timp de un an a unui lot de bolnavi transfuzaţi cu cantităţi variabile de sînge de surse diferite, se stabileşte pe baze certe instalarea hepatitei acute în 18%. Se remarcă faptul că toate aceste hepatite acute au fost forme anicterice. Pe lîngă faptul că aceşti bolnavi pot să reprezinte o sursă de infecţie permanentă, tot dintre ei se recrutează un număr evident mai frecvent de cronicizări. Se apreciază că la un singur caz de hepatită virală icterică ar putea corespunde, ca raport numeric, 100 cazuri de hepatită anicterică, latentă, trecută deci cu vederea din punct de vedere epidemiologic şi terapeutic.

În acest sens, în problema hepatitei posttransfuzionale şi de seringă s-au conturat mai multe obiective (59, 60, 61). Pentru reducerea riscului de infecţie se impune limitarea pe cît posibil a transfuziilor şi efectuarea acestora numai în cazuri absolut necesare. Sursele de sînge trebuie riguros controlate

prin investigaţii paraclinice şi cercetarea Ag.HB$_s$. Recoltările de sînge se fac cu o sterilizare ireproşabilă, iar prelucrarea în laboratoare a materialului biologic se execută cu respectarea riguroasă a tuturor regulilor antiepidemice: administrarea tratamentelor parenterale necesită seringi şi ace individuale (sau cel puţin sterilizate corect la etuvă, după degresare corespunzătoare); aplicarea măsurilor generale de igienă individuală şi colectivă sînt o premisă pentru profilaxia infecţiilor cu poarta de pătrundere enterală (59, 60, 61).

Deosebit de expus la contractarea hepatitei acute virale este personalul medico-sanitar. Se subliniază riscul de contaminare al acestuia, care ar fi de 15 pînă la 40 de ori mai mare faţă de restul populaţiei. Ierarhizarea din acest punct de vedere este următoarea: personalul serviciilor de boli infecţioase, cadrele din laboratoarele de explorări biologice, serviciile de medicină internă din spitale, secţiile de pediatrie, urologie apoi chirurgie. Cercetări epidemiologice recente atestă răspîndirea cvasiendemică a purtătorilor de Ag.HB$_s$ în unităţile medicale.

S-a propus protejarea acestor categorii cu gamaglobulină, în mod periodic. Efectul de prevenire atinge 91,3% pe o perioadă de şase luni (doza necesară 0,02 ml/kg). Pericolul permanent este pentru personalul din laboratoare şi din serviciul de anatomie patologică. Tot ca măsură profilactică — secundară — se consideră aplicarea tratamentului hepatitei acute, cît mai din timp şi bine condus. Se impune de asemenea tratamentul suferinţelor asociate, care pot avea uneori rol în cronicizare.

MĂSURILE SOCIALE DE PROFILAXIE

Un principiu de bază este respectarea regimului dietetic de cruţare, cu evitarea alimentaţiei dezechilibrate (hidrocarbonate, lipide sau proteine în exces) sau restrictive, carenţate.

Alt principiu are în vedere rolul nociv al băuturilor alcoolice în suferinţele ficatului şi impune măsuri de profilaxie şi combatere a alcoolismului cronic. Este totodată necesară şi educarea bolnavilor în sensul prevenirii cirozofobiei pe care o dezvoltă unii bolnavi cu hepatită acută şi mai ales cu hepatită cronică (25, 34, 36).

Rămîn de rezolvat multe probleme de alimentaţie colectivă dietetică, de introducerea în tratament a curelor sanatoriale, de rezolvat diverse dificultăţi personale (dezalcoolizare) şi familiale etc.

Scanned with OKEN Scanner

APLICAREA UNOR MĂSURI PROFESIONALE DE PROFILAXIE

Pe această linie se înscrie în primul rînd respectarea repausului la pat cît mai timpuriu (în faza preicterică, dacă s-a pus diagnosticul) și păstrarea lui riguroasă în toată perioada activă a bolii. Se știe că repausul la pat în poziție culcată, favorizează circulația arterială intrahepatică, care crește cu 40% față de ortostatism. Se cunoaște rolul negativ al eforturilor fizice și neuro-psihice în perioada acută a bolii. Cu toate progresele terapiei medicamentoase a suferințelor hepatice, repausul continuă să rămînă un mijloc terapeutic de bază, individualizat ca durată și rigurozitate, în funcție de aspectul clinico-funcțional al bolnavului respectiv. Acesta trebuie să fie complet, în decubit, pentru perioada manifestă și de convalescență a bolii și trebuie reluat ori de cîte ori apar semne de reactivare. Ca elemente obiective care controlează repausul absolut la pat sînt pozitivarea probelor funcțional-biochimice descrise în cadrul sindromului hepatopriv și de hepatocitoliză care trebuie urmărite periodic. Se vorbește în ultimul timp de tratament de tip „sanatorial", ca în tuberculoză, în ideea realizării unei vindecări fără urmări. Apare justificată prelungirea concediului medical pînă la 4—5—6 luni în formele medii de hepatită virală B și 2—3 luni în forma cu virus A.

Reluarea activității trebuie să se facă treptat, acordîndu-se program redus și excluderea locurilor de activitate cu substanțe hepatotoxice. Urmărirea readaptării în activitate se face de către medicul întreprinderii respective, iar controlul de specialitate în cadrul serviciului de gastroenterologie teritorial sau de medicul internist. Timp de 1—2, chiar trei ani, după trecerea puseului acut, se vor evita: eforturile fizice (peste 1500 kcal. profesionale pe zi), activitatea în ture de noapte și limitarea unor activități extraprofesionale.

DISPENSARIZAREA BOLNAVILOR CU HEPATITĂ CRONICĂ

Pornind de la relația cunoscută între hepatita acută virală și hepatita cronică, se impune dispensarizarea tuturor foștilor bolnavi de hepatită acută pentru o perioadă cît mai îndelungată (eventual 5—6 ani). Ar fi indicată introducerea obligației de dispensarizare a acestor foști bolnavi de către serviciile de boli infecțioase și de gastroenterologie din teritoriu. În acest sens, secțiile de hepatită epidemică din cadrul spitalelor de boli contagioase, urmează să înainteze periodic unităților gastroenterologice (medicina internă) evidența bolnavilor la care s-a confirmat hepatita acută virală, pentru a putea fi înscriși și programați la controale periodice. Experiența acumulată în

Scanned with OKEN Scanner

acest sens pînă acum este promițătoare. De asemenea trebuie urmăriți contacții și în special familia fostului bolnav, atît prin examinări clinice cît și prin explorări paraclinice (Ag. HB_s cu necesitate), o perioadă de 1—2 ani.

Pînă la crearea ambulatoriilor de gastroenterologie, pe care le considerăm nucleul echipei de recuperare a bolnavilor digestivi, pe întreg teritoriul țării, dispensarizarea foștilor bolnavi se poate face de către medicii de circumscripție și de întreprindere. Explorările paraclinice se pot face în laboratoarele din policlinicile teritoriale.

O atenție deosebită trebuie acordată persoanelor care lucrează în locuri de muncă cu substanțe toxice hepatotrope: polivinil, substanțe insecticide de tip D.D.T., deratizante, solvenți organici (ca tetraclorura de carbon), tetracloretan, cloroform, derivați de benzen, derivați de hidrogen arseniat, industria prelucrătoare de plumb, cadmiu, anilină, tanin. Sînt necesare investigații periodice la toți cei expuși.

Importanța dispensarizării foștilor bolnavi de hepatită virală este ușor de sesizat și eficiența ei a fost demonstrată de practică (28, 33 ș.a.). Dispensarizarea își aduce o contribuție deosebită mai ales pentru depistarea formelor latente de hepatită cronică unde lipsesc simptomele subiective iar capacitatea de muncă este păstrată. Prognosticul acestor forme este în funcție de diagnosticul lor la timp și de aplicarea măsurilor recuperatorii necesare (33).

RECUPERAREA

MĂSURI MEDICALE DE RECUPERARE

Posibilitățile terapeutice din hepatita cronică au fost pînă în ultimul timp destul de limitate. Baza tratamentului au constituit-o mai cu seamă măsurile cu caracter general, privind alimentația și efortul. În cadrul complex și variabil al acestei boli s-a conturat însă treptat un program de tratament și recuperare diferențiat, în funcție de modalitățile evolutive și adaptat la particularitățile clinice și fiziopatologice (hipersplenism, colestază etc.) (6, 9, 22, 46, 49, 56). În această etapă rolul principal revine specialiștilor din staționar și policlinică (respectiv servicii de gastroenterologie), care întocmesc întregul plan de măsuri recuperatorii și stabilesc ritmul controalelor și parametri urmăriți. Comisia de expertiză medicală asigură concediile cerute pentru repaus.

În acest program de recuperare lipsesc obiectivele etiologice, avînd în vedere că hepatita cronică nu mai este o boală virusală (10, 63). Vom avea totuși în vedere întotdeauna factorii

Scanned with OKEN Scanner

agresivi adjuvanţi, care întreţin şi agravează boala, sau îi adaugă noi verigi patogenetice. Aşa este imperativul de suprimare a agresiunilor toxice şi medicamentoase hepatotrope. În esenţă direcţia de acţiune se limitează la obiective patogenetice. În cadrul lor se urmăreşte în primul rînd stimularea metabolismului hepatocelular şi a regenerării: „tratament hepatotrofic". Concomitent se intervine pentru reducerea procesului inflamator, cu mijloace adecvate intensităţii lui: „tratament antiinflamator". Atunci cînd mecanismele patoimune se impun prin amploare este necesară suprimarea lor: „tratamentul imunodepresiv". În situaţii particulare componenta steatozică devine actuală şi acţiunea pentru mobilizare a depunerilor lipidice intrahepatice: „tratament lipotrop". Tot astfel şi terapia de combatere a colestazei. Nu vor fi neglijate nici unele obiective simptomatice, ca edemul, hemoragiile, suferinţele bilioduodenale (13, 29) şi pancreatice asociate, diareea (23), pruritul (14, 18, 22).

Pentru realizarea acestor obiective sînt disponibile numeroase mijloace terapeutice, igienodietetice, fizioterapeutice, medicamentoase şi chiar chirurgicale. Valoarea lor este inegală iar indicaţia se face individualizat. Este necesară o integrare într-un program sistematic, coerent, care se desfăşoară în etape bine precizate. Se mai cere subliniat că, alături de indicaţiile terapeutice există şi contraindicaţii, de care trebuie să se ţină seama în egală măsură.

Modul de aplicare al mijloacelor disponibile este orientat de varianta evolutivă a hepatitei, de particularităţile sale patogenetice şi de aspectele funcţional-simptomatice proprii fiecărui caz. Se va realiza deci un tratament diferenţiat şi nu şablonic. Modelul de referinţă rămîne hepatita cronică activă şi faţă de acesta se stabilesc măsurile adecvate hepatitei stabilizate şi respectiv celei progresive.

Repausul este indicat în prezenţa semnelor clinice de activitate a procesului hepatitic (diminuarea poftei de mîncare, pierdere în greutate, fatigabilitate) şi/sau a celor funcţional-biochimice (sindromul de hepatocitoliză, hepatopriv) (30, 32). Este necesară o apreciere judicioasă a acestora din urmă şi în caz de incertitudine, investigaţiile vor fi lărgite. Explorarea devine mai completă atunci cînd se reclamă o decizie privind expertiza capacităţii de activitate. Bolnavii beneficiază de concediu medical prelungit pînă la stabilizarea procesului. Se recomandă repaus la pat de 20 ore la început, apoi cu reducere progresivă. În hepatita progresivă repausul devine foarte riguros, încît bolnavului i se permite ridicarea doar pentru stric-

Scanned with OKEN Scanner

te necesităţi personale. Atunci cînd parametri amintiţi se normalizează, este permisă reluarea activităţii, cu urmărirea readaptării.

Persistenţa unei moderate hipergamaglobulinemii sau a unei reacţii cu timol uşor pozitive se pot observa mai mult timp, încît izolate ele nu oferă criterii de orientare. Efectul principal al repausului este augmentarea circulaţiei intrahepatice şi scăderea solicitărilor metabolice. Urmările sale directe asupra troficităţii hepatocitare explică remisiunea rapidă a alteraţiilor biochimice parenchimatoase, observată la mulţi bolnavi. Diminuă de asemenea congestia hepatică şi hepatomegalia se reduce din primele zile, concomitent cu dispariţia hepatalgiei. În ceea ce priveşte efectul negativ al eforturilor fizice asupra evoluţiei hepatitei, numeroase argumente îl demonstrează.

Alimentaţia trebuie să fie completă şi echilibrată. Se respectă igiena alimentaţiei, cu mese frecvente şi în cantităţi mai reduse. Regimul se adaptează în funcţie de eventuale intoleranţe elective individuale sau de suferinţele obişnuit asociate hepatitei (biliare, duodenale, pancreatice). Comportarea poftei de mîncare (păstrarea, reapariţia, dispariţia sa) constituie un valoros criteriu clinic de apreciere a liniştirii şi respectiv a activităţii procesului hepatitic. Se va ţine totdeauna seamă şi de falsele aprecieri ale bolnavilor, generate prin teama spontană sau indusă uneori iatrogen de a se alimenta cu anumite alimente, precum şi de repulsia faţă de alimentaţia unilaterală nejudicios impusă (autoimpusă). În prezenţa retenţiei hidrosaline se asigură o dietă hiposodată. Dacă sînt administrate saluretice, va fi mărită raţia de potasiu prin sucuri de fructe şi legume. Raţia calorică este normală sau la denutriţi chiar crescută. Se evită restricţiile şi unilateralizările dietetice, aşa cum se recomandau mai demult (regim hiperlipidic sau hiperprotidic), în realitate dăunătoare. Nu se face abuz de grăsimi. Acestea vor fi administrate sub formă uşor digestibilă (unt proaspăt, ulei). Singurele contraindicaţii privesc grăsimile prăjite. Cu stabilizarea se revine la obişnuinţele alimentare, cu respectarea compoziţiei echilibrate.

Curele hidrominerale sînt contraindicate pe durata perioadei de activitate. Ele pot fi introduse doar după stabilizare, în cazul unor suferinţe bilioduodenale asociate. Aceeaşi atitudine şi faţă de terapia coleretică-colagogă.

Vaccinările sînt contraindicate. Experienţa arată că ele pot reactiva procese hepatitice latente.

Consumul de alcoolice este contraindicat cu stricteţe pe termen nelimitat, chiar după stabilizarea hepatitei, avînd în ve-

Scanned with OKEN Scanner

dere acțiunea hepatotoxică potențată în prezența fragilității hepatocitare (26, 31, 54).

Recuperarea psihică trebuie să se desfășoare paralel cu cea somatică. Este binecunoscută teama exagerată pe care o au mulți din bolnavi față de evoluția cirogenă a bolii lor. Se observă frecvent dezvoltarea neurozei anxioase, totdeauna exacerbată de cunoașterea unor rezultate care se abat de la normal. Cu deosebire examinările care sînt mai cunoscute, mențin pe bolnavi într-o adevărată teroare, uneori cu sprijinul involuntar al medicului (17). În acest sens, „timolita" a fost dublată mai tîrziu de „transaminazită" iar de curînd s-a însoțit și de „antigenită". Trebuie de aceea explicată cu multă grijă bolnavilor adevărata semnificație a testelor de labilitate serică, deseori corelată cu dislipidemia. Tot astfel, și activitatea transaminazică a serului poate crește tranzitoriu ca urmare a unor influențe intercurente și cu deosebire a infecțiilor virale respiratorii. În ce privește pozitivitatea antigenului HB, se exagerează din partea medicilor care îi declară pe purtători drept focare de infecție, inducînd reacții greu de prevăzut în mediul familial și social căruia îi aparțin aceștia. Trebuie de asemenea găsit mijlocul de a obține cooperarea bolnavului pentru explorările necesare (rezerva față de puncția biopsie-hepatică difuzează uneori rapid în colectivitățile spitalicești), pentru disciplina programărilor de dispensarizare, pentru respectarea indicațiilor de tratament și pentru reîncadrarea în activitate. Vom pune în evidență momentele favorabile din evoluția bolii în a căror cunoaștere și apreciere va fi instruit și bolnavul. Nu îl cointeresăm însă la variațiile datelor clinice obiective și a celor funcțional-biochimice, care dealtfel necesită aprecieri foarte judicioase, totdeauna dinamic și într-un context mai larg de informații. Comportamentul medicului și al personalului sanitar exercită un însemnat efect psihoterapeutic (22).

Se evită administrarea medicamentelor hepatotoxice (50, 58). Riscul de reacții adverse hepatice trebuie avut în vedere cu deosebire în legătură cu tuberculostaticele (PAS, HIN, Rifampicină), unele antireumatice (fenilbutazona, cincofenul), sulfamidele, inhibitorii MAO, hidantoina etc., care pot induce prin ele însăși sindroame hepatocitolitice. Efecte negative poate exercita și terapia cu imunodepresive citostatice, dacă se administrează prelungit și în doze mari.

Direcțiile de bază ale acțiunii terapeutice medicamentoase sînt două: restabilirea morfofuncțională a parenchimului hepatic și stingerea reacției inflamator-imune a mezenchimului.

Scanned with OKEN Scanner

Prima constituie o indicaţie sistematică şi se ia în considerare la absolut toţi bolnavii, cu diferenţe cantitative. A doua corespunde unei indicaţii particulare, restrînse la cazurile unde fenomenele respective sînt exprimate sau persistente. *Hepatotroficele* constituie deci grupul cu cea mai mare utilizare practică. Acţionează complex, asigurînd refacerea morfofuncţională şi stimulînd regenerarea parenchimului.

Acidul aspartic a fost cel mai bine verificat (18, 20, 22). Eficienţa sa terapeutică nu se însoţeşte de reacţii secundare. Preparatul „Aspatofort" constituie un mijloc de care beneficiază oricare din aspectele clinice evolutive ale hepatitei cronice. Obiectivul administrării sale reprezintă valorificarea rolului important ce îi revine în intertransformarea acizilor aminaţi, în sinteza acizilor nucleici şi a proteinelor, inclusiv a enzimelor, ca şi în asigurarea condiţiilor biochimice pentru reacţii de conjugare. Se administrează în cure de 2—3 săptămîni, repetate lunar sau la 3—6—12 luni, după necesitate.

Mecanismul de acţiune este complex datorită poziţiei cheie pe care o deţine în metabolismul proteinic, în ciclul energetic şi în sinteza acizilor nucleici. Influenţa sa terapeutică se concretizează în stimularea sintezei de proteine la nivelul hepatocitului. Consecutiv ameliorării proceselor metabolice celulare survin modificări prompte şi statistic semnificative ale unor indici: scade activitatea serică transaminazică şi sideremia (ca semne de retrocedare a hepatocitolizei); se restabileşte nivelul albuminemiei, colinesterazei serice şi a complexului protrombinic (retrocedarea tulburărilor hepatoprive). Ameliorarea sintezei proteinice a fost verificată prin normalizarea timpului de înjumătăţire a metioninei marcate şi prin accelerarea încorporării radioizotopilor în proteinele plasmatice. Diminuă bilirubinemia şi se accentuează bilirubinocolia, cu creşterea proporţiei fracţiunilor conjugate. Efect analog se înregistrează şi în epurarea BSP. Scade de asemenea hiperamoniemia, cu influenţarea promptă a manifestărilor neuropsihice din encefalopatia hepatoportală. Asocierea cu săruri de potasiu favorizează preluarea şi menţinerea acestora în celula hepatică. Se combate astfel depleţia de potasiu frecvent observată în hepatita cronică. Clinic, aproape toţi bolnavii semnalează din primele zile de tratament ameliorarea stării generale, scăderea asteniei, revenirea poftei de mîncare, urmate de creşterea în greutate şi reducerea hepatomegaliei. Medicamentul nu are contraindicaţii.

O altă indicaţie particulară, diferită de cea hepatotrofică, o constituie asocierea acidului aspartic pentru prevenirea efec-

Scanned with OKEN Scanner

telor secundare în cursul tratamentului cu citostatice. Fără să diminue acțiunea imunodepresivă ci dimpotrivă chiar potențînd-o, acidul aspartic asigură o bună toleranță hematologică, ameliorează trombocitopenia și combate perturbarea funcțiilor specifice la nivelul hepatocitelor și enterocitelor. Devine astfel posibilă administrarea dozelor necesare de citostatice pe durată suficientă. Această influență favorabilă se explică prin convertirea antimetabolicelor în produși imunodepresivi eficienți; sînt însă stimulate totodată unele sisteme enzimatice dezactivatoare medulare. Tratamentul de durată cu acid aspartic se face cu preparatul Metaspar.

Acidul orotic (conținut în preparatul Purinor, alături de purine) intervine ca precursor în sinteza pirimidinelor, sinteză la care participă cu întreaga moleculă. Se facilitează astfel sinteza de acizi nucleici. Nucleotidele produse acționează ca donator de energie, sub forma lor trifosforilată. Consecutiv se obțin ca rezultate favorabile: creșterea proteinemiei pe seama creșterii sintezei de albumină, normalizarea esterificării colesterolului. Sînt favorizate totodată procesele de glicuronoconjugare. Consecutiv se ameliorează testele de floculare. Tratamentul nu reprezintă însă o soluție ideală, întrucît implică posibilitatea infiltrației grase a ficatului, dacă se administrează îndelungat. Aceasta se datorește dezechilibrului dintre nucleotidele purinice și pirimidinice sub terapia cu acid orotic, prevenită doar în parte prin asocierea cu purine, din preparatul comercializat.

Vitaminele din grupul B se administrează sistematic în hepatita cronică, datorită acțiunii lor biochimice asupra metabolismului energetic celular și stimulării proteinogenezei. Se atribuie cu deosebire vitaminei B_{12} rolul de redresor al distrofiei protidice și de stimulare a regenerării hepatice reparatorii (51). Nu sînt totuși justificate supradozările propuse de unele cercetări. Între curele făcute cu preparate injectabile (la 3—6 luni) se recomandă suplimentarea cu complex B pe cale orală. Un aport nutrițional util aduce și vitamina C.

Extractele hepatice prezintă un interes redus deoarece s-au dovedit lipsite de eficiență. Prin administrarea repetată pot genera în plus reacții alergice. Se diferențiază două tipuri de produse industriale pe această bază. Hidrolizatele de ficat (Juvocirrhol, Ripason) conțin acizi aminați, baze xantice și vitamine. Extractele propriu-zise de ficat proaspăt (Rovitrat, Neohepar, Pernemil etc.) au un conținut crescut de factori antianemici și în special de vitamină B_{12}. Acțiunea lor se datorește deci unor principii activi din compoziția ficatului care

Scanned with OKEN Scanner

pot fi însă oferiţi în cantităţi mai mari, dacă este necesar, sub formă purificată. Manifestările secundare constau din stări febrile, cefalee, urticarie, eozinofilie.

Steroizii anabolizanţi pot fi incluşi în programul de tratament cu deosebire la bolnavii denutriţi, astenici, cu valori scăzute ale albuminei. Acţiunea metabolică este semnificativă. La acestea nu se recurge însă regulat, mai ales că şi aspartatul exercită, cum s-a văzut, efecte anabolizante, într-un cadru mai larg. Ar putea fi luaţi în discuţie pentru intervalul dintre curele de Aspatofort.

Silimarina (preparatul Legalon) este un principiu vegetal care acţionează ca stabilizator membranar şi influenţează astfel favorabil sindromul de citoliză şi excreţia BSP. Are efect direct de protejare a biomembranelor celulare. Este indicată cu deosebire în hepatitele cu hipertransaminazemie importantă sau prelungită, precum şi în steatoza hepatică. Nu reprezintă un mijloc terapeutic curent.

Penicilamina interferează sinteza colagenului prin limitarea transformării tropocolagenului în precolagen. Depolimerizează totodată complexele imune prin îndepărtarea funcţiilor disulfidrice de legătură ale macromoleculelor. Rezultă o ameliorare clinică, funcţional-biochimică şi morfologică. Procesul inflamator se poate stinge pînă la fibroză reziduală. Au fost semnalate cazuri favorabile în hepatita cronică progresivă, cu ameliorare clinică şi funcţional biochimică, (se reduc în special sindromul de hepatocitoliză şi imunoglobulinele). Morfologic se asistă la retrocedarea procesului inflamator pînă la deplina sa stingere. Nu este dovedită capacitatea de dizolvare a ţesutului conjunctiv şi deci este nejustificată aplicarea sa în ciroze cu scopul de prevenire a regenerării colagenului.

Mijloacele antiinflamatorii-imunodepresive se adresează componentei mezenchimale a procesului hepatitic.

Glucocorticoizii exercită de fapt un dublu efect, stimulînd totodată sintezele enzimatice în hepatocit şi ducînd la corectarea hipoalbuminemiei şi refacerea capacităţii de glicurono- şi glutationoconjugare (16, 12, 64). Se realizează în mod obişnuit cu Prednison, în cure de 6—8 săptămîni. Corectează şi permeabilitatea de membrană, ceea ce explică scăderea transaminazemiei. Principalul efect rămîne totuşi cel antiinflamator-imunodepresiv. Din acest motiv în puseele hepatocitolitice cu necroză celulară accentuată, tratamentul se începe cu aspartat şi vitamine, iar cortizonul este introdus după remiterea parţială a fenomenelor derivate din necroza celulară. Examinările de control pot atesta scăderea V.S.H., creşterea albu-

Scanned with OKEN Scanner

minemiei, scăderea bilirubinemiei cu ameliorarea proporţiei de bilirubină conjugată, micşorarea retenţiei de BSP. Acţiunea generală euforizantă şi de combatere a asteniei, de stimulare a poftei de mîncare, contribuie la îmbunătăţirea stării clinice a bolnavilor. Dacă sînt contraindicate cortizonicele, se pot obţine efecte asemănătoare dar mai moderate prin steroizii anabolizanţi. Ca produşi imunodepresivi, favorizează negativarea testelor care relevă mecanismul autoimun de întreţinere a hepatitei.

Citostaticele imunodepresive au fost introduse în terapie pe baza unor ipoteze teoretice atractive, cu obiectivul de a se deprima direct proliferarea celulară imunogenă şi sinteza de anticorpi (8, 40, 47). După o perioadă de căutări în vederea alegerii substanţei cu cele mai numeroase avantaje, interesul s-a concentrat asupra azatioprinei (preparatul Imuran). Terapia cu citostatice este indicată mai ales în hepatita cronică progresivă, cu hipergamaglobulinemie, prezenţa factorilor imunoserici şi a infiltratelor limfoplasmocitare abundente în ficat. Efecte mai puţin satisfăcătoare se obţin în cazurile cu fibroză avansată şi cu tendinţă la restructurarea lobulară cirotică. Se obţin rezultate mai ales în formele asociate cu sindroame imunologice extrahepatice: hematologice, cutanate, vasculare, articulare. O indicaţie în plus oferă hepatita cronică colestatică, cunoscută pentru importanţa mecanismului agresiv autoimun. Mecanismul de acţiune constă în tulburarea sintezei de acizi nucleici prin substituire, azatioprina fiind un derivat de 6-MP şi deci un antipurinic. Se administrează în cure repetate a căror durată este bine să nu depăşească 3—6 săptămîni, avînd în vedere riscul de deprimare a regenerării hepatocelulare prin administrarea prelungită.

Se va respecta totdeauna un control sistematic al elementelor figurate sanguine şi al stării funcţionale hepatice. Frecvent survin efecte secundare: trombocitopenie şi în primul rînd leucopenie. Numărătoarea elementelor se va face frecvent în primele zile, pentru testarea răspunsului medular. Se pot observa şi creşteri ale transaminazelor, ca expresie a unei asociaţiuni hepatotoxice. Din acest motiv medicamentul este contraindicat la bolnavii cu citopenii exprimate sau cu hepatocitoliză evidentă. Sînt rare hiperbilirubinemiile cu icter de tip colestatic. Este recomandabil să fie folosit curent efectul hepato- şi mieloprotector al acidului aspartic. De multe ori indicaţia se face doar după corectarea prealabilă a sindroamelor parenchimatoase. Se recomandă prudenţă în stabilirea tratamentului la tineri, întrucît riscurile genetice nu sînt pe de-

Scanned with OKEN Scanner

plin evaluate. O justificată rezervă impune pozitivitatea antigenului HB_s, pentru a nu se agrava dezechilibrul dintre agresiunea antigenică postvirală reziduală și reacția deficitară de apărare a organismului. Imuranul poate fi folosit și în asociere sau succesiv cu Prednisonul, pentru a se reduce riscul efectelor secundare și dozele administrate.

Deși denumirea reflectă conceptul inițial, teoretic, acțiunea principală a medicamentelor „imunodepresive" se datorește de fapt efectului direct antiinflamator la nivel celular; ele inhibă sinteza de imunoglobuline la nivelul plasmociților. Acțiunea imunodepresivă completează astfel pe cea a cortizonului care deprimă sinteza de imunoglobuline la nivelul limfocitelor T. Cele două medicamente devin astfel sinergice. Se mai reține și un efect antiproliferativ mezenchimal care ar viza țesutul colagen cirogen.

Rezultatele terapeutice constau în scăderea proteinemiei pe seama gamaglobulinelor, reducerea lentă a titrului testelor imunoserice, stingerea procesului inflamator hepatic. Biopsiile repetate documentează reducerea progresivă a infiltratului inflamator limfoplasmocitar. Nu poate fi în schimb influențată fibroza portală, de unde ineficiența medicamentului în ciroze.

În lipsa Imuranului, se poate recurge la Ciclofosfamidă (Endoxan sau Clorambucil), ambele grevate însă de accidente mai importante. Antipaludicele de sinteză exercită la rîndul lor anumite efecte imunodepresive și antiinflamatorii, mai reduse dar neînsoțite de reacții secundare. Sînt de aceea indicate în situațiile cînd Imuranul nu este tolerat. Accidente, lipsite de gravitate, apar la doze mari și după administrări prelungite, peste un an. Riscul cel mai însemnat constă din tulburările de vedere produse prin depunerea substanței la nivelul corneei sau prin retinopatie. Antipaludicele sînt contraindicate la bolnavii cu porfirie deoarece agravează manifestările acesteia.

Splenectomia are ca indicație generală prezența manifestărilor de hipersplenism: hemocitopenie evidentă, pozitivitatea la titru ridicat și cu aglomerare a testelor imunoserice, anemie hemolitică, spleno-hipersplenomegalie (3, 7). Mai importantă decît suprimarea hipersplenismului hematologic apare interferența cu lanțul patogenetic de întreținere autoimună a hepatitei. Prin îndepărtarea rezervorului splenic, bogat în țesut limforeticulohistiocitar, în privința căruia există argumente care susțin specializarea unora din elemente în producerea de autoanticorpi, splenectomia cîștigă semnificația unui tratament foarte activ. Excluderea efectului nociv al splinei creează condiții pentru refacerea morfofuncțională a ficatului, asigurată

de potențialul său de regenerare însemnat. Efectul imunodepresiv este probat prin diminuarea postoperatorie a nivelului imunoglobulinelor și cu deosebire al IgM, concomitent cu reducerea titrului, pînă la negativare, a testelor imunoserice. Splenectomia are perspective de acțiune favorabilă cu deosebire în hepatita cu tulburări proteinice accentuate și cu manifestări autoimune. Splenectomia este contraindicată în perioada unui puseu de activitate parenchimatoasă, cu semnele cunoscute de citoliză. Se va efectua întîi terapia hepatotropă de stabilizare. În perioada pregătitoare și postsplenectomică se administrează cortizonice pentru prevenirea trombocitemiei postoperatorii. Stabilizarea hepatitei se face într-o proporție mai mare la bolnavii splenectomizați, dacă indicația a fost judicioasă, momentul bine ales și pregătirea corectă. Se evită la bolnavii cu hipertensiune portală durabilă și progresivă, la care ciroza este constituită. În forma de trecere „hepatita cirogenă", unde hipertensiunea portală este atestată doar prin șunturi portocave în dezvoltare, dar încă moderate, splenectomia oferă o șansă suplimentară de stabilizare a procesului activ și în orice caz de încetinire a ritmului de dezvoltare spre ciroză.

Dintre efectele cele mai constante ale splenectomiei se menționează ameliorarea hemocitopeniei. Prompt și de obicei durabil crește numărul eritrocitelor. Aceasta se datorește suprimării organului — filtru și implicit a hipersplenismului local: tulburări circulatorii intrasplenice, alterarea capacității de recunoaștere a eritrocitelor, sechestrarea lor în mediul metabolic nefavorabil din cordoane, în prezența celulelor reticulohistiocitare hiperactive (3, 4, 21). Creșterea postsplenectomică a leucocitelor rezultă din reducerea formării de leucoaglutinine dar și din excluderea sectorului SRH splenic activat cu funcție de fagocitare a leucocitelor. Creșterea trombocitelor rezultă mai ales din excluderea depozitului splenic (evaluat la cifre de pînă la 90% din elementele circulante în cazul splenomegaliei). De mare valoare practică este explorarea radioizotopică a organului unde are loc sechestrarea hematiilor sau trombocitelor. Deplasarea acestui proces de la ficat la splină impune splenectomia. Circumscrierea sa la nivelul heparului o face inutilă. Un criteriu de valoare este și cortizonoterapia: ameliorarea situației hematologice prefigurează rezultatul favorabil al splenectomiei. În ansamblu dispunem în prezent de numeroase argumente pentru efectul favorabil al splenectomiei asupra stabilizării și retrocedării leziunilor hepatice (3, 21).

Scanned with OKEN Scanner

Hepatita cronică cu colestază impune ca mijloc terapeutic particular și inducția enzimatică microsomală. Cu acest scop s-a verificat în practică mai ales Fenobarbitalul, căruia i se reține acțiunea activatoare asupra glucuroniltransferazei, cu ameliorarea proceselor de conjugare. Se favorizează în acest fel excreția de bilirubină. Există însă argumente care evidențiază de fapt mecanisme de acțiune de alt fel decît cel prezumat teoretic. Printre cele mai verosimile, a fost susținut recent efectul de deschidere a joncțiunilor intercelulare dintre spațiile Disse și canaliculele biliare (42). A fost probat efectul coleretic de stimulare a secreției biliare. După tratament se înregistrează reducerea bilirubinemiei și colemiei, dispariția pruritului și a nervozității secundare. Administrarea se face în cure repetate deoarece acțiunea biochimică este de scurtă durată.

Hepatita activă cu edeme necesită și terapie saluretică, cu suplinire potasică, după modelul celei din ciroză. Cura are o durată limitată, dictată de durata puseului activ cu discrinie secundară.

Aplicarea acestor mijloace terapeutice se face individualizat. Cînd domină sindromul de citoliză se insistă în primul rînd asupra terapiei hepatoprotectoare. Predominanța sindroamelor mezenchimatoase atrage cu prioritate mijloace antiinflamatorii și imunodepresive. Hipersplenismul, colestaza, edemele, indică mijloacele funcționale corespunzătoare lor. În ansamblu rezultatele obținute sînt bune. La o mare parte din bolnavi se asistă la stabilizarea procesului și restabilirea capacității de activitate. Rămîn totuși numeroase situații cînd evoluția bolii nu poate fi întreruptă, deși se aplică un tratament corect și energic. În asemenea cazuri se poate ajunge la ciroză sau la prăbușirea funcțională a parenchimului hepatic, cu sfîrșit ireductibil în comă.

Terapia ocupațională și ergoterapia sînt formele cele mai eficiente de terapie prin activitate. Ele favorizează mișcarea și ocupă timpul liber în mod plăcut și util. Hepatita cronică, prin evoluția sa îndelungată, creează mult timp liber care trebuie să fie ocupat, altfel intervine hipertrofierea și supraaprecierea propriei suferințe, neuroza și fenomenul de „devianță pasivă". Ele au devenit actuale în afecțiunile hepatice cronice, mai ales în ultimii ani cînd au apărut o serie de medicamente care au modificat în bine prognosticul general „quo ad vitam" și prognosticul „quo ad laborem" (43). Este necesar să se întrețină obișnuința activității și mai ales speranța bolnavului în reluarea activității profesionale. Pînă la relua-

Scanned with OKEN Scanner

rea activităţii în sistem organizat, fiecare poate şi este în interesul său să lucreze: gospodinele să contribuie la pregătirea alimentaţiei familiei lor; cei cu activităţi predominant intelectuale pot contribui la supravegherea copiilor, îndrumarea lor şcolară, meditaţii, traduceri din limbi străine, copiat acte, lucrări, extrase etc.; tehnicienii pot efectua activităţi gospodăreşti sau activitate la domiciliu în cadrul cooperativelor, obişnuite sau de invalizi, pentru confecţionarea de mici obiecte; muncitorii manuali pot presta activitate în grădina proprie, activităţi la domiciliu în cadrul cooperativelor din localitate, sau activităţi cu program redus în cadrul atelierului propriu (pantofar, marochiner, legător de cărţi etc.). Este evident că aceste activităţi se efectuează fără să se ajungă la limita oboselii.

MIJLOACE PROFESIONALE PENTRU RECUPERAREA BOLNAVILOR CU HEPATITĂ CRONICĂ

Hepatita cronică este o boală cu evoluţie îndelungată, cu reducerea sau pierderea — temporară, uneori chiar definitivă — a capacităţii de muncă. Ea necesită din partea echipei de recuperare eforturi pentru aprecierea corectă — bazată pe date obiective, verificate ştiinţific — a momentului reluării activităţii şi a profesiunii exercitate de bolnav, a programului de activitate şi a condiţiilor ambientale.

A decide asupra recuperării profesionale a bolnavilor hepatici, înseamnă a evalua sub toate aspectele relaţia repaus-efort şi implicaţiile sale pentru evoluţia hepatitei. În activitatea practică trebuie insistat pentru prelungirea repausului la o durată suficientă, care variază între 3—4—6 luni, în anumite cazuri chiar 8—9 luni, în funcţie de gravitatea leziunilor, agresivitatea procesului patogenetic, varianta evolutivă. Ca elemente obiective pentru aprecierea duratei perioadei de repaus, se urmăresc aspectul clinic şi probele funcţional-biochimice, în special acelea care reflectă starea actuală a parenchimului hepatic: sindromul hepatopriv şi de hepatocitoliză. Atîta vreme cît aceste sindroame sînt prezente, nu poate fi vorba de reluarea activităţii profesionale. După ce ele se negativează şi au trecut 1—3 luni pentru stabilizarea rezultatului, se poate relua activitatea. La început se recomandă un program redus, apoi după 2—3 luni programul devine complet. Fostul bolnav rămîne în observaţie încă 1—2 ani. Menţionăm că orice concediu de boală se acordă în ideea că bolnavul este recuperabil. Atunci cînd evoluţia bolii vădeşte o gravitate deosebită şi nu prezintă semne de stabilizare nici după

Scanned with OKEN Scanner

trei luni de repaus și tratament corespunzător, se face propunerea pentru expertizare, iar ulterior comisia de E.M.R.C.M. teritorială îl trece într-un grad de invaliditate. Bolnavul va continua tratamentul în condiții de repaus profesional. Trecerea în invaliditate trebuie considerată ca o etapă de tratament intens. În cursul acesteia, bolnavul încadrat în gradul II de invaliditate, este absolvit de orice eforturi profesionale iar în cazul încadrării în gradul III i se reduc eforturile la jumătate. El beneficiază, în continuare, de toate drepturile pe care le avea în calitate de salariat: asistență medicală gratuită, dreptul de a fi trimis la cură balneară de recuperare, ajutoare materiale ocazionale etc.

Foștii bolnavi cu hepatită acută vindecați clinic, funcțional și morfologic, reintră în activitate, în cadrul aceleiași profesiuni și în același loc de muncă, dacă nu există contraindicații, mai ales sub aspectul substanțelor hepatotoxice. Dacă locul de muncă este incompatibil din acest punct de vedere, sau solicită eforturi energetice prea mari, va fi schimbat. În cursul perioadei de readaptare în activitate se acordă program redus la șase ore pentru o perioadă de maximum trei luni pe an calendaristic. Practic se va face, după caz, transfer în muncă (în locuri de activitate ce solicită eforturi energetice și neuro-psihice mai mici), se va lucra într-o singură tură, cu scutire de tura de noapte etc. (62). Totdeauna se reduc activitățile extraprofesionale.

Persoanele tinere (sub vîrsta de 35 ani) calificate, care nu mai pot ocupa vechiul loc de muncă și nici nu pot relua vechea profesiune, trebuie reîndrumate către alte profesii apropiate de cea anterioară. În acest fel se pot folosi vechile deprinderi, vechiul stereotip dinamic. De exemplu, un tîmplar de mobilă dintr-o întreprindere mare, căruia i s-a indicat schimbarea locului de activitate, poate presta activitate de control de calitate sau ca instructor-profesor pentru elevii ce se califică la locul de muncă sau în școlile profesionale (dacă are calificarea necesară). De asemenea, se poate recalifica pentru activitatea de tîmplar de jucării pentru copii sau alte piese mici din lemn în cadrul diferitelor unități existente în fiecare oraș mare.

În condițiile generale de activitate, cele mai potrivite pentru deficienții hepatici sînt: activități ce necesită eforturi neuro-psihice și energetice mijlocii, în postură șezîndă; ritm de activitate liber; pauze pentru alimentație și odihnă; în ture

Scanned with OKEN Scanner

de zi; într-un microclimat în care să nu apară factori toxici cu acţiune hepatică (45). Tinerii — necalificaţi — care s-au vindecat de hepatită cu urmări (hepatomegalii reziduale, splenomegalii, sindrom neuro-hepatic posthepatitic) vor fi orientaţi către profesiuni şi locuri de activitate care exclud manipularea sau apariţia în timpul procesului de producţie a substanţei recunoscute ca hepatotoxică. Se vor contraindica activităţi care solicită eforturi biologice mari: mineri, lucrători în domeniul forestier (ţapinari, tăietori de buşteni), oţelari, turnători, activităţi cu ritm impus de bandă, profesiuni care prin natura lor nu asigură respectarea alimentaţiei şi odihnei în ritm regulat: lucrători în transporturi, poştaşi, geologi, arheologi etc.

Pentru persoanele cu pregătire corespunzătoare, şcolile tehnice cele mai potrivite sînt: opticieni, desenatori tehnici, bibliotecari, laboranţi (cu evitarea expunerii la substanţe hepatotoxice şi a riscului de infecţii sau infestaţii), strungari de piese fine, contabili, ceasornicari, electricieni etc. Cei care vor să urmeze o facultate, este bine să evite specialităţile care solicită eforturi neuro-psihice sau energetice intense şi prelungite (unele discipline politehnice, geologia). Este bine să se indice profesiuni cu posibilităţi mai largi de organizare a timpului liber şi a celui profesional (învăţămînt, plastică, juridice etc.).

Poate fi utilă consultarea unui psiholog sau a unui orientator profesional care să ajute la alegerea celei mai potrivite forme de activitate.

MIJLOACE SOCIALE PENTRU RECUPERAREA BOLNAVILOR CU HEPATITĂ CRONICĂ

Aceste mijloace au ca finalitate consolidarea pe plan profesional şi social a măsurilor biologice (medicale) urmărite de-a lungul întregii activităţi de recuperare. Ele se concretizează în esenţă prin încadrarea în activitatea organizată a fostului deficient şi prin urmărirea adaptării sau readaptării lui în muncă. Măsuri sociale de recuperare se iau încă din faza acută a bolii prin rezolvarea diferitelor probleme sociale ale deficientului. Atunci cînd este cazul se vor face formele administrative pentru obţinerea unor ajutoare materiale pentru completarea nevoilor personale ale bolnavului. Se va insista pentru rezolvarea diverselor probleme ale familiei deficientului, care îngreunează sau fac imposibilă desăvîrşirea recupe-

Scanned with OKEN Scanner

rării sale, cum ar fi: condițiile de locuință, lipsa de activitate a unor membri de familie, care ar putea să lucreze, posibilități materiale modeste, etilismul unor membri de familie etc.

Educația sanitară vizează respectarea unei tehnologii culinare și a unei alimentații complete cu evitarea abuzului de dulciuri și proteine în dauna grăsimilor ușor digestibile (așa cum se observă adesea în practică). Se vor depune mai ales eforturi pentru excluderea consumului de băuturi alcoolice și a tabagismului.

O grijă deosebită trebuie să avem față de *starea psihică* a fostului bolnav, cunoscînd posibilitatea tulburărilor care devin uneori dominante, „devianța pasivă", îngreunînd mult activitatea de recuperare. În mod deosebit se remarcă teama față de unele rezultate biochimico-funcționale („timolita", „transaminazita" recent „antigenita", „australita"), teama de ciroza hepatică și în consecință rezerva față de muncă, față de eforturi. Adesea tocmai starea psihică a bolnavului este cauza adevărată a „incapacității de activitate" sau factorul principal care împiedică reluarea activității. Față de această situație se impune colaborarea tuturor membrilor echipei de recuperare, care cu tact și competență pot combate această stare, ce poate merge pînă la „transformarea fostului invalid hepatic într-un invalid psihic" (24). La nevoie, pentru a obține cooperarea bolnavului, se poate cere colaborarea unui psihiatru.

În ce privește găsirea unui loc potrivit de activitate, sarcina revine medicului expert teritorial și medicului de la întreprinderea unde a activat bolnavul înainte de îmbolnăvire.

URMĂRIREA ADAPTĂRII SAU READAPTĂRII LA ACTIVITATEA PROFESIONALĂ

Urmărirea adaptării sau readaptării la activitatea profesională este o sarcină importantă și de lungă durată. Se are în vedere protejarea atît a fostului bolnav cît și amenajarea locului său de activitate.

Controlul periodic se face în cadrul unei dispensarizări active organizate de medicul de întreprindere, specialiștii care l-au tratat în cursul perioadei active a bolii și medicul expert.

Curele balneare de recuperare se efectuează în perioada de stabilizare completă și vizează mai ales suferințele biliointestinale sechelare.

Scanned with OKEN Scanner

În grupa I am cuprins muncile caracterizate prin efort fizic mic, în postură șezîndă, fără tensiune psihică, în condiții de muncă fără toxice hepatice și digestive și într-un microclimat în limite fiziologice.

În această grupă pot fi încadrați deficienții care au capacitatea de muncă redusă (gr. III de invaliditate).

A. *În cooperativele de invalizi,* pe ramuri de producție, conform calificării deficienților.

B. Munci de birou.

C. Industria metalurgică, construcții de mașini, electrotehnică: mecanică fină (de precizie) la banc; polizor de piese mici; matrițer de piese mici; lăcătuș, ajustor piese mici; frezor; strungărie fină (de precizie) la masă; trasator; sudor electric pentru piese mici; bobinator; electrotehnician.

D. Meșteșugari: croitor, lenjereasă, brodeză, butoniereasă, cusătoare cu mînă, cizmar, ceasornicar, optician.

E. *Confecții — industria textilă:* brodeză, tricoteză de mînă, etichetatoare, ambalatoare, părți croitorie, lenjerie; sortatoare de produse finite; stopeză, repansatoare, sortatoare de țevi, bobine.

F. Industria poligrafică. 1) Activități cu efort fizic neînsemnat (mic), efectuate șezînd, fără noxe hepatice și digestive: legătorie de artă; legătorie de machete; retuș fălțuit; control carte finită legătorie; reparat de cărți-legătorie; ondulat scoarțe; pregătitoare manuală a colii-legător manual; biguit, corectură, sortare ilustrate bromograf; retuș foto; montaj foto; montaj foto (offset, zincografie, tiefdruk); tăietor mucava.

2) Locuri de muncă accesibile cu condiția dozării efortului profesional și regimului de muncă adecvat: muncă în regie sau cu norma dozată în funcție de capacitatea de muncă restantă, apreciată individual: pregătire manuală a blocului de carte (legătorie); mașinist cusut cu ață (legătorie); mașinist falț miniatură (legătorie); dat clei (legătorie); numărătoare coperte; sortare coli offset; curățat scoarțe; ajutor de mașinist Kristensen; lipit vorsatz mecanic; mașinist broșat mecanic (cașerat); mașinist cusut cu sîrmă; legători manuali, încheiat și îmbrăcat scoarțe; ambalaj legătorie — colete pînă la 4 kg; primitoare — controloare mașini plane mici.

3) Locuri de muncă accesibile cu introducerea unor amenajări ale locului de muncă: monteur-frezor-zincografie; foto-

Scanned with OKEN Scanner

reproducere; andruk — plane; calandru tipar înalt; numărătoare de coli (format mic); expediție presă-cartare; adunat mecanic, agregate moderne, cu muncă în brigadă, permițînd alimentarea casetelor alternativ cu postură de supraveghere, în poziție șezîndă.

G. Telecomunicații-transporturi: oficiant PTT; cartator; șofer de manevră în garaj; șofer getax, taxi-furgonete; primitor de mașini în garaj; distribuitor de mișcare cu instructaj; dispecer de mișcare cu instructaj.

H. Agricultură: sortator de semințe-fructe; legumicultor; floricultor; agricultor; sericicultor.

În grupa a II-a au fost cuprinse muncile caracterizate prin efort fizic mic, care urmează a fi prestate la domiciliu.

În această grupă pot fi încadrați deficienții prin afecțiuni digestive cronice invalidante.

A. În cooperativele de invalizi cu muncă la domiciliu: cartonaje; confecționare perii; confecționare flori de hîrtie, stofă; confecționare butoniere, cravate, dantele, sacoșe; confecționarea artistică a obiectelor mici de hîrtie; împletitoare de plase, coșulețe de răchită, sîrmă sau papură; broderie de mînă; croșetare, tricotare; gravare metale; muncă de retușare; ștanțare cu mînă (nasturi, cutii); confecționarea articolelor mici de artizanat.

B. Muncă în colaborare externă: documentarist; traducător; dactilograf; desenator; corectură; copiere, consultații tehnice.

Această listă a formelor de muncă, alese și prezentate mai sus, poate fi completată cu alte posturi de muncă, potrivite specificului pe ramuri de producție, care să îndeplinească condițiile pentru încadrarea unui deficient prin afecțiune hepatică sau digestivă.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. BALTA, N., SCHIAN, A., BORDEIANU AMELIA, STOENESCU, R., NICOLAESCU, T. Medicina Internă, 10, 1967, 1217.
2. BANCIU, Tr., BERINDE, L., PRODAN, P., DANCĂU, Gh., REICHRATH, I. OCICA, TUDOSE, I., Medicina Internă, 3, 1975, 209.
3. BARBARINO FEDORA, FODOR, O., Medicina Internă, XXVII, 4, 1975, 309.
4. BARBARINO FEDORA, FODOR, O., Progr. Med. 103, 1975, 174.
5. BESANÇON-IUSTIN, L., LAMOTTE, M., LAMOTTE—BARILLON,

Scanned with OKEN Scanner

XVII
RECUPERAREA BOLNAVILOR CU CIROZĂ HEPATICĂ

DEFINIȚIE, DELIMITARE NOZOLOGICĂ, DIAGNOSTIC

Ciroza nu constituie o entitate nozologică ci un proces patologic hepato-portal cu evoluție progresivă. Etiologia este variată, iar leziunile morfopatologice și tulburările biochimico-funcționale sînt neuniforme. Elementul specific care asigură diferențierea stadială față de hepatopatiile inflamatorii sau distrofice premergătoare este alterarea profundă a arhitecturii lobulare și instalarea hipertensiunii portale permanente și progresive. Se deosebește de simpla fibroză a parenchimului hepatic, așa cum se observă după hepatită („fibroză reziduală") sau în staza sanguină prelungită. Reprezintă stadii mai evoluate ale unor procese sclerozante reactive față de tezaurizări metalice (fier, cupru) sau față de steatoza alcoolică („steatofibroză").

Au fost propuse numeroase clasificări, dar un punct de vedere unitar nu există nici în prezent, întrucît rămîn încă necunoscute privind ponderea reală a factorilor inițiatori, mecanismele patogenetice, asocierile posibile și semnificația unor fapte de observație. Criteriul etiologic nu este aplicabil decît pentru o parte din cazuri. Sub acest aspect, la noi domină ciroza posthepatică (postvirală) și îi urmează la distanță ciroza alcoolică. Frecvent este vorba de o dublă condiționare. Se insistă motivat asupra plurietiologiei cirozelor (8). Criteriul morfopatologic și morfogenetic nu acoperă realități nozologice distincte. Forma hipertrofică și atrofică sînt doar expresii ale stadiului evolutiv. Criteriul simptomatic este pur descriptiv: ascitogenă, icterigenă, splenomegalică. Criteriul funcțional al compensării/decompensării parenchimatoase, biliare și vasculare, nu asigură, în mod asemănător, decît o caracterizare secundară. Criteriul patogenetic permite diferențierea cirozei postnecrotice (în principal după hepatită virală, dar și altele), carențiale, (mecanism valabil în parte pentru ciroza etilică), biliare (în colestaza in-

Scanned with OKEN Scanner

tra- și extrahepatică), de înmagazinare (hemocromatoza, ciroza Wilson). Criteriul evolutiv asigură delimitarea cirozei active de cea stabilizată (relativ stabilizată) (7).

DIAGNOSTIC

Diagnosticul însumează două elemente esențiale: hepatopatia cronică progresivă și remanierea structurală a ficatului cu hipertensiune portală secundară. Prima rezultă dintr-o analiză metodică de tipul celei folosite în hepatită, cu precizarea gradului sub care se prezintă fiecare sindrom. În ciroză alterațiile sînt în general mai severe decît în hepatita progresivă, mai constante și mai uniforme, cu posibilitatea inactivării procesului pe linie parenchimatoasă sau/și mezenchimală. Laparoscopia și biopsia hepatică aduc argumentul direct, cu rezerva pe care o impune examinarea din cauza distribuirii parcelare a leziunilor: diagnostic fals-pozitiv, diagnostic fals-negativ. Recunoașterea timpurie a hipertensiunii portale a devenit principalul obiectiv al delimitării față de hepatită. Examenul cu pastă baritată și endoscopia esofagiană pun în evidență circulația colaterală profundă: ectazii venoase esofagiene, pachete varicoase eso-gastrice. Splenoportografia radiologică și — mai ușor tolerată, cu precizări de mai mare finețe — cea radioizotopică („radiocirculograma spleno-porto-sistemică") aduc cele mai timpurii informații. Identificarea hipersplenismului, deseori prezent, completează operația de diagnostic.

Probleme particulare ridică cirozele biliare și metabolice, fiecare dispunînd în prezent de elemente sigure pentru delimitare.

PREMISE ETIOPATOGENETICE ȘI FIZIOPATOLOGICE ALE RECUPERĂRII

Momentul etiologic, inițiator, este de cele mai multe ori depășit și nu avem posibilitatea de a acționa asupra lui. Reținem doar alcoolismul, a cărui suprimare — chiar dacă nu mai poate opri procesul — îi încetinește evoluția și îi ameliorează prognosticul. Aceeași semnificație acordăm și colestazei extrahepatice. Direcții cauzale de terapie — este drept, încă limitate ca eficiență — se conturează în cirozele prin tezaurizare de fier sau cupru.

În patogeneză, pentru ciroza posthepatitică și pentru ciroza biliară este documentat mecanismul de autoîntreținere imună. Ceea ce este caracteristic, în general, este histogeneza: procesele de degenerescență hepatocelulară și de necroză sînt însoțite în grad variabil de regenerări celulare și proliferări de

Scanned with OKEN Scanner

țesut conjunctiv, ajungîndu-se la restructurarea texturii lobulare. Procesul se află în dezvoltare continuă, progresivă, de intensitate ondulatorie (7). Pot interveni și faze de liniștire, de latență. Momentele agravante sînt reprezentate de eforturile fizice, infecțiile intercurente, continuarea consumului de băuturi alcoolice. Evoluția poate fi marcată de prăbușiri morfofuncționale ale parenchimului hepatic, produse de hemoragii digestive, paracenteze intempestive, supradozarea salureticelor, medicamente hepatotoxice administrate pentru boli asociate.

Din punct de vedere fiziopatologic, următoarele sînt sindroamele care solicită un tratament țintit: hipertensiunea portală, cu complicațiile sale (hemoragiile digestive în primul rînd), edemul și ascita, encefalopatia hepato-portală, tulburările endocrine. Sfîrșitul poate fi produs de insuficiența hepatică ireductibilă.

În cirozele biliare, în hemocromatoză și în boala Wilson, sînt prezente dereglări specifice, care atrag măsuri recuperatorii proprii lor.

PROGNOSTIC

Ciroza rămîne în principiu o boală severă, nevindecabilă și grevată de multiple riscuri letale prin complicații ce se pot instala imprevizibil în cursul evoluției. Conceptul de invaliditate se asociază automat diagnosticului și tot efortul prognostic constă obișnuit în a prevedea durata supraviețuirii bolnavului. Persistă încă prejudecăți mai vechi care măsoară matematic timpul de supraviețuire de la instalarea ascitei etc. Un asemenea mod de apreciere a cirozei nu este însă realist. Trebuie să avem mai întîi în vedere diversitatea etiopatogenetică mare, potențialul evolutiv neuniform și riscul inegal de complicații. Totodată reține atenția și progresul terapeutic considerabil din ultima perioadă, care explică astăzi proporția tot mai mare a cazurilor stabilizate. Chirurgia portală și-a adus aici o importantă contribuție, făcînd posibilă recuperarea unor bolnavi care păreau mai de mult condamnați. Posibilitățile moderne de diagnostic au deschis, la rîndul lor, perspectiva identificării de la început a virajului hepatopatiilor cronice spre ciroză și deci a recunoașterii formelor de trecere („hepatita cirogenă"), cu aplicarea măsurilor de tratament corespunzătoare. Mai mult, se apreciază că însăși vindecarea cirozei este posibilă, dacă tratamentul se face din stadiul incipient (8). Durata medie de supraviețuire se consideră de 34 luni în medie, dar vedem frecvent bolnavi cu trecut atestat de peste cinci ani. (Proporția depășește 50—70% în unele statis-

Scanned with OKEN Scanner

tici). Durata medie de supraviețuire este de trei ani și două luni prin raportare la datele anamnestice și de un an și șapte luni, prin raportare la datele obiective (Franzini, citat de 8). Fără a se constata diferențe între cirozele alcoolice și post-hepatice, se fac următoarele prognoze: 56% din decese survin în primul an de la diagnostic, 67% în al doilea an, 81% în al treilea an (Ruf Bachtiger, citat de 8).

La alcoolici suprimarea consumului într-o fază incipientă ameliorează mult prognosticul, iar supraviețuirea medie devine sensibil comparabilă cu cea a populației generale de aceeași vîrstă (11). Dacă această atitudine se adoptă doar după decompensare, 60—75% din bolnavi mor în primul an. Prognosticul devine mai bun după acest interval și ritmul letalității cu vechimea bolii se încetinește (grafic, se obține o curbă sigmoidiană).

Ascita nu are semnificație prognostică univocă, trebuie de aceea judecată diferențiat: dacă este rapid influențată sub restricția salină și saluretice indică o evoluție favorabilă, dacă este refractară, impune în schimb rezerve asupra viitorului (11). Cu cît refacerea colecției este mai rapidă se presupune un obstacol portal mai accentuat, eventual deficiențe de sinteză albuminică și participări hormonale mai exprimate, încît prognosticul de viață devine tot mai rău.

Icterul — mai ales cel moderat, cu bilirubinemie sub 5 mg% — are de asemenea valoare prognostică inegală. În ciroza biliară, el constituie un semn cardinal, permanent, lipsit de expresie prin sine însuși. Remisiunea bilirubinemiei sub tratamentul de inducție enzimatică sau cortizonic, trădează desigur reversibilitatea parțială a leziunilor ducturale și a defectelor enzimatice hepatocitare. În ciroza portală, icterul pasager care dispare după 3—6 săptămîni relevă pusee hepatolitice. Icterul durabil, mai ales cînd se asociază cu ascită și hemoragii (sindrom ictero-ascitic, ictero-hemoragic) semnalează în schimb o insuficiență hepatocelulară mai severă, care impune serioase rezerve. Este important a descifra caracterul eventual terminal al unui asemenea icter prin prăbușire parenchimatoasă. Icterul hemolitic nu alterează perspectiva de viitor, ci traduce doar existența hipersplenismului. Are valoare orientativă și intensitatea, nu numai durata icterului hepatocelular. Bilirubinemia peste 10 mg% constituie un indice pejorativ (11).

Encefalopatia hepato-portală trebuie privită în același fel, diferențiat. Dacă survine circumstanțial după consum în exces de proteine, după accidente disbiotice intestinale, administrare de metionină, hemoragii, nu anunță un sfîrșit apropiat. Remi-

Scanned with OKEN Scanner

siunea sub amoniofixatoare atestă această opinie. Oricum, reflectă o circulaţie colaterală bogată, cu un şuntaj important al ficatului. Unele statistici evaluează mortalitatea la 90%, în primul an după apariţia sindromului. S-au observat însă bolnavi cu repetate pusee amoniacale care persistau de peste trei ani.

Hemoragiile constituie un element prognostic nefavorabil. În ansamblu, decesul se produce la 75% dintre bolnavi în primul an după accident, de regulă prin noi hemoragii, mai dramatice. Mortalitatea prin hemoragie creşte la ciroticii în ascită: 80% mor în primele zile, doar 5% depăşesc un an. Dacă prima hemoragie nu este urmată de ascită, evoluţia se poate prelungi mai mulţi ani, deşi 9 din 10 bolnavi vor continua să sîngereze intermitent. Nici un element nu permite să se prevadă evoluţia: o hemoragie cataclismică fatală poate surveni imprevizibil, în orice moment (11).

Dimensiunile ficatului trebuie analizate nuanţat. Pentru ciroza portală atrofia reflectă un stadiu mai avansat al bolii, care succede celui posthepatitic, hipertrofic. Ficatul mic are deci prognostic de viaţă mai rău. De altă parte însă, dimensiunea mare poate traduce procesele distrofice accentuate cu regenerări macronodulare masive, care perturbă la rîndul lor raporturile vasculare şi biliare (8).

Asocierea adenomului la ciroză precipită evoluţia letală. Aceeaşi semnificaţie are şi pileflebita. Dezvoltarea tuberculozei pulmonare grevează de asemenea viitorul bolnavilor, cu atît mai mult cu cît tuberculostaticele sînt în mare măsură hepatotoxice.

Febra la cirotici are semnificaţie foarte diferită. De cele mai multe ori indică infecţii urinare sau respiratorii, curabile sub medicaţia adecvată. Suprainfecţia lichidului ascitic, pileflebita, tromboflebita splenică şi septicemiile atrag în schimb exitusul în scurt timp, la cei mai mulţi bolnavi. Alteori este vorba de pusee citolitice-inflamatorii cu decompensări parenchimatoase.

Cardiopatiile concomitente, insuficienţa renală, ulcerele gastrice, aduc fiecare elemente negative pentru prognostic prin riscurile specifice.

Perspectivele de viitor decurg din însăşi tendinţa evolutivă a procesului. Popper şi Schaffner (1957) au diferenţiat, în acest sens, următoarele trei tipuri de ciroză: inactivă (oprită în evoluţie) progresivă şi intens progresivă. Această ierarhizare aminteşte căutările din domeniul hepatitei cronice şi nu este mai puţin dificil de stabilit în practică. Ne bazăm pe to-

Scanned with OKEN Scanner

talitatea datelor clinice, morfopatologice şi fiziopatologice, dar mai ales pe aprecierea dinamicii evolutive în cursul observaţiei noastre. Se explică de ce prognosticul unui cirotic nu-l putem face totdeauna de la primul contact, nici măcar de la încheierea operaţiei de diagnostic, ci doar după cunoaşterea răspunsului terapeutic, a caracterului regresiv, persistent sau progresiv al diferitelor sindroame existente.

RECUPERAREA

MĂSURI MEDICALE

Obiectivele tratamentului sînt în parte superpozabile celor din hepatita cronică: refacerea parenchimului hepatic, stimularea proceselor de regenerare, stabilizarea reacţiei mezenchimale şi implicit a proceselor patoimune. Ne stau la dispoziţie aceleaşi mijloace aplicabile în hepatită, fără diferenţieri esenţiale.

Alimentaţia respectă normele generale de cruţare digestivă valabile în hepatite. Se adaugă în plus condiţia restricţiei sodate, cu atît mai riguroasă cu cît edemele şi ascita sînt mai exprimate şi mai greu reductibile. Pentru bolnavii supuşi salurezei medicamentoase, este obligatorie suplimentarea de săruri de potasiu (sucuri de fructe şi legume). În legătură cu proteinele s-au manifestat două tendinţe de unilateralizare: regimul hiperproteic (recomandat în ideea stimulării regenerării hepatice) şi regimul hipoproteic (impus din teama de accidente nervoase amoniacale). În prezent se acceptă, pe deplin justificat, o raţie nutritivă echilibrată, care nu diferă esenţial de cea obişnuită, cu 1—1,5 g proteine/kg greutate/zi. Se va acorda preferinţă produselor cu mare valoare biologică prin conţinutul lor de acizi aminaţi esenţiali (carne de animal tînăr şi de pasăre, peşte, lactate, ouă şi cu deosebire albuşul). Recomandarea este exceptată doar la bolnavii cu manifestări encefalo-portale prezente, la care se reduce şi chiar se suprimă tranzitor substanţele azotate, amoniogenetice. Chiar în aceste situaţii se impune o distincţie. carnea este o sursă mai importantă de produşi de putrefacţie la nivelul intestinului decît lactatele, care vor putea fi deci administrate şi în aceste condiţii. Se respectă necesarul fiziologic de glucide, sub formă de făinoase, vegetale şi — fără excese — de dulciuri. Se reduce raţia de lipide, asigurîndu-se mai ales aportul de lactate, inclusiv untul, şi de ulei. Suplimentările dietetice sînt utile în ce privesc vitaminele C şi grupul B. În cazurile cu retenţii hidrosaline importante, se va reduce raţia de lichide, contro-

Scanned with OKEN Scanner

lîndu-se (la etilici) respectarea prescripţiei prin cîntărire sistematică.

Problema activităţii şi repausului a fost excesiv simplificată în ciroze, prin tendinţa acceptării ideii de invaliditate totală. Situaţia este însă mai nuanţată în realitate. Ciroza activă impune desigur un repaus prelungit la pat, ca orice hepatită progresivă. Puseele citolitice cu icter, accidentele hemoragice, complicaţiile infecţioase sau trombotice, encefalopatia amoniacală etc. impun imobilizarea permanentă. Ciroza inactivă este compatibilă în schimb cu mici activităţi gospodăreşti şi chiar profesionale în program redus. Rezolvarea hipertensiunii portale prin intervenţiile chirurgicale de anastomoză, recuperează cu deosebire, în măsură destul de importantă, capacitatea de activitate a bolnavilor.

Splenectomia poate fi indicată în prezenţa hipersplenismului, a hipersplenomegaliei şi a complicaţiilor trombotice. Hipertensiunea portală constituie o contraindicaţie formală a splenectomiei, din cauza riscului crescut de hemoragii digestive, ca urmare a excluderii teritoriului vasculo-splenic care exercită o funcţie de amortizare a creşterilor tensionale bruşte din sistemul portal. În plus, există o opinie fundamentală că splenectomia izolată, fără anastomoză porto-sistemică, este grevată de o mortalitate imediată foarte ridicată la ciroticii avansaţi, cu insuficienţă hepatică accentuată (3). În timp, mulţi din supravieţuitori necesită ulterior reintervenţii pentru ascită sau hemoragii. La bolnavii cu tromboză portală tronculară, splenectomia s-a dovedit nocivă în toate cazurile, toţi bolnavii sucombă în hemoragie digestivă (3). Rezultatele favorabile se obţin doar în prezenţa unor derivaţii porto-sistemice spontane bine dezvoltate. Indicaţia splenectomiei izolate se face de aceea foarte rar, exclusiv în stadii de început şi în absenţa accidentelor hemoragice, ca măsură radicală a hipersplenismului hemocitopenizant. Se păstrează o atitudine mai largă în ciroza bantiană, variantă evolutivă a cirozei dominată mult timp de agresivitatea splenică-imună şi locală- cu leziuni hepatocitare mai puţin accentuate.

Momentul intervenţiei va fi totdeauna dictat de starea satisfăcătoare a parenchimului hepatic. Va urma de aceea unei cure hepatotrofice şi cortizonice, pînă la restabilirea coagulogramei, diminuarea citolizei, ieşirea din puseul icteric etc. Se testează în acelaşi timp răspunsul la splenectomie prin cura imunodepresivă de cortizon.

Arterializarea portală a fost întrodusă cu scopul de a se stimula regenerarea hepatică la bolnavii cu ciroză incipientă.

Scanned with OKEN Scanner

Se realizează practic prin anastomoza arterei splenice cu vena ombilicală, anastomoză aorto-ombilicală (cu grefon) (3.). Se face de regulă cu prilejul splenectomiei.

Splenectomia în al doilea timp, după anastomoza porto-cavă s-a impus ca strategie, dictată de securitatea bolnavilor, pentru a se evita decompensarea ascitică sau hemoragică. Se realizează deci mai întîi reechilibrarea hemodinamică, restabilirea funcţiei hepato-celulare şi refacerea stării generale. Se apreciază că intervalul optim între cele două etape chirurgicale este de 3—6 luni (3).

La hipertensivii portali splenectomia este o intervenţie de mare risc, urmată de complicaţii în 46% şi cu mortalitate de 21% (3). Printre complicaţii se numără: hemoragii, tromboflebită periferică, tromboză spleno-portală, complicaţii septice, pancreatită acută, accidente pleuro-pulmonare etc.

Encefalopatia hepato-portală. Este un sindrom cu evoluţie recurenţială care poate surveni odată cu dezvoltarea circulaţiei colaterale porto-cave, care scurtcircuitează ficatul. Se caracterizează prin tulburări de cunoştinţă, agitaţie psihomotorie, tulburări de vorbire, diminuarea cu încetinirea ideaţiei, stări delirante, dezorientare, somnolenţă, pînă la comă. Sînt prezente semne extrapiramidale cu hipertonie opoziţională, semnul roţii dinţate, nesiguranţa în mişcări cu tremurături ale mîinilor în formă de „bătăi de aripi" (flapping tremor). Se reţin ca elemente caracteristice variabilitatea mare, cu reversibilitate spontană sau sub tratament şi repetările frecvente, care pot ajunge la forme subintrante. Declanşarea este provocată de hemoragii digestive, aport crescut de proteine, administrare de metionină, realizarea unor comunicări chirurgicale porto-cave etc. (Tabel V).

Evoluţia paroxistică acută poate deveni cu timpul cronică, cu fluctuaţii în timp, ducînd la degradare intelectuală, tulburări motorii şi de coordonare.

Fiziopatologia sindromului constă în intoxicaţia sistemului nervos central cu produşi de degradare alimentară absorbiţi din intestin, care depăşesc capacitatea de detoxifiere şi metabolizare a ficatului, dar care mai ales îl scurtcircuitează, ca urmare a şunturilor portocave existente. Rolul principal revine amoniacului; acesta fixează acidul glutamic şi acidul alfa-cetoglutaric, cu formare de glutamină, respectiv acid glutamic. Consecutiv, este blocat ciclul Krebs, ceea ce atrage alterarea energeticii celulei nervoase.

Prevenirea trebuie să vizeze toţi factorii declanşatori cunoscuţi. Va fi redusă deci raţia de proteine şi în primul rînd

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 5

Factori declanşanţi ai encefalopatiei hepato-portale (Schenker, 1974, cit. de 9).

Factor declanşant	Mecanism prezumat
Hemoragia digestivă	Creşterea substratului amoniogenetic Rolul hipovolemiei asupra funcţiei hepatice cerebrale şi renale, creşterea amoniogenezei renale Aport de amoniac prin sînge conservat Rolul şocului şi hipoxiei
Aport proteinic excesiv. Constipaţie	Creşterea producţiei şi/sau absorbţiei de amoniac şi de alţi derivaţi nitrogenaţi
Sedative şi anestezice	Efect depresiv direct asupra creierului
Diuretice	Rolul alcalozei hipokaliemice, al creşterii amoniogenezei renale şi al difuzării cerebrale crescute a amoniacului
Infecţii	Creşterea catabolismului tisular cu producere excesivă de azot endogen şi creşterea amoniogenezei Creşterea toxicităţii amoniacului prin hipoxie şi hipertermie.

de carne, la bolnavii cu episoade de encefalopatie în antecedente. Trebuie asigurată evacuarea regulată a intestinului. Terapia diuretică se va face cu multă prudenţă, corectîndu-se totdeauna dezechilibrul electrolitic. Administrarea de sedative impune o supraveghere atentă. Episoadele infecţioase cer intervenţie energică şi promptă. În prezenţa hemoragiilor digestive se administrează, cu titlu preventiv, antibiotice pe cale orală şi se fac clisme evacuatorii.

Tratamentul are mai multe obiective, derivate din patogeneza sindromului.

1. *Tratamentul amoniofixator,* deşi discutat ca valoare, s-a dovedit de multe ori eficient, aşa cum arată nu numai evoluţia clinică favorabilă, ci şi influenţarea amoniemiei. Se realizează cu aspartat (Aspatofort), glutamat (Multiglutin) şi în mai mică măsură cu arginină şi ornitină. Administrarea se face repetat, în doze mari, sub formă de perfuzii cu ser glucozat în asociere cu substanţe hepatoprotectoare. Alte substanţe ca sulfatul de protamină, Benadrilul şi inhibitorii MAO reduc amoniacul, dar nu s-au impus în terapia curentă (8).

2. *Tratamentul de combatere a amoniogenezei intestinale.* Mijlocul cel mai simplu constă din antibioterapia orală cu spectru larg, care deprimă flora de putrefacţie (Tetraciclină, Neomicină). Curele nu pot fi însă prelungite din cauza efectelor secundare, deosebit de importante pentru Neomicină. Re-

Scanned with OKEN Scanner

gimul fără proteine de cîteva zile, apoi hipoprotidic, are un efect favorabil bine verificat (9). Restricţia n-ar putea fi însă extinsă la intervale prea mari de timp. Lactuloza a fost introdusă, recent, cu bune rezultate (Bircher şi colab. 1966). Este vorba de un dizaharid sintetic neabsorbabil, care determină, prin fermentarea sa intraintestinală, virajul pH-ului spre aciditate, cu deprimarea florei de putrefacţie. Constituie în prezent un tratament de bază, utilizat curent la bolnavii cu anastomoze portocave. Avantajul său faţă de antibioterapie este lipsa de manifestări secundare toxice. Încercările cu lactobacili, iniţiate în acelaşi scop, n-au fost confirmate pînă în prezent.

3. *Evacuarea produşilor de putrefacţie din colon* se poate face prin clisme zilnice, repetate. Simplitatea metodei o impune în programul obişnuit la toţi bolnavii.

Edemele şi ascita. Sînt manifestări care se dezvoltă progresiv, prin trecerea de la hepatită la ciroză. În patogeneza lor, un rol revine hiperaldosteronismului şi excesului de ADH. Hipoalbuminemia prin deficit de sinteză hepatică şi hemoragii repetate reprezintă un factor favorizant important. Pentru colecţia peritoneală, barajul portal intrahepatic cu depăşirea capacităţii de transport limfatic reprezintă evident, principalul mecanism. Compresiunea sistemului venei cave contribuie la rîndul ei la amplificarea şi întreţinerea edemelor de la nivelul membrelor inferioare. Se adaugă de multe ori şi insuficienţa cardio-circulatorie secundară miocardiopatiei (distrofice, ischemice) şi tulburărilor de hemodinamică intratoracică.

Medicaţia saluretică se impune ca indispensabilă. De capacitatea medicului de a integra diferitele mijloace disponibile într-un program terapeutic unitar depinde în multe cazuri succesul. Se poate recurge la oricare din produsele cunoscute. Mercurialele îşi păstrează încă în parte actualitatea. dar totdeauna în asociere cu aminofilină şi administrate la intervale mari. Sînt contraindicate în puseele ictero-ascitice şi ictero-hemoragico-ascitice, cînd riscă să agraveze leziunile hepatocelulare. Derivaţii de clorotiazidă au o utilizare mai largă şi toleranţă bună. Sînt contraindicaţi doar la ciroticii diabetici. Furosemidul reţine în prezent atenţia prin efectul său important şi posibilitatea administrării sale în doze mari pe cale intravenoasă. Se pot realiza astfel diureze „forţate" care nu se cunoşteau mai demult. Rămîne indicat şi în insuficienţa renală asociată, ceea ce îi conferă o anumită prioritate la cirotici. Acidul etacrinic, triamterenul ş.a. completează spectrul

Scanned with OKEN Scanner

preparatelor verificate. Se recurge mai puţin la diureza osmotică prin manitol, utilă mai ales în oliguriile accentuate. Dintre diuretice, singurul contraindicat la cirotici este acetazolamida, grevată cu pericolul acidozei metabolice şi putînd declanşa comă hepatică.

Salureza atrage concomitent cu excreţia de sodiu şi pierderi de potasiu. Kaliopenia cunoscută a cirozei se augmentează în acest fel şi devine nocivă. Astfel de accidente trebuie prevenite sistematic prin suplimentări de clorură de potasiu şi prin sucuri de vegetale.

Antialdosteronicele (spironolactona) constituie un mijloc de mare valoare în terapia retenţiei hidrosaline, prin efectul lor diuretic dar şi prin limitarea spolierii de potasiu. Efecte analoage se obţin şi cu derivaţii cortizonici (Prednison, Superprednol), prin inhibarea sintezei de ADH. În ansamblu, se vor realiza cure asociate şi alternative, conform principiilor farmacodinamice cunoscute, cu folosirea tuturor resurselor existente. Spironolactona în doze mari (100 mg la zi) s-a dovedit şi singură eficace în tratamentul ascitei „rezistente“ (1).

Ascita se poate rezolva în stadiile incipiente exclusiv prin terapia diuretică. La resorbţia lichidului contribuie şi ameliorarea proteinogenezei hepatice prin alimentaţie bogată în proteine şi tratament hepatotrofic. În acest sens este însă puţin eficientă administrarea de plasmă. Indicaţia paracentezei trebuie făcută cît mai tîrziu şi cît mai rar. Rezultatele negative ale evacuărilor abuzive sînt de mult timp cunoscute. Spolierea proteinică electrolitică, deshidratarea acută, pot facilita accidente diselectrolitice, amoniacale şi chiar stări comatoase ireductibile, prin insuficienţă hepatocelulară. Un progres pare să se fi realizat prin tehnica de reperfuzare a lichidului ascitic. Pentru a se evita hipervolemia la care duce simpla instilare a lichidului evacuat, s-a propus concentrarea acestuia prin dializă (Caroli). Pot surveni însă reacţii febrile şi frisoane. Se corectează acest neajuns prin asocierea de Furosemid în lichidul nativ perfuzat, cu activarea diurezei (Miniconi). La cardiaci — sau potenţial cardiaci — este obligatorie strofantinizarea concomitentă. Cantităţile evacuate vor fi totdeauna limitate, urmărindu-se confortul subiectiv al bolnavului, suprimarea distensiei dureroase, a dispneei sau a compresiunii venei cave, dar nu se va tinde niciodată la „uscarea“ peritoneului.

Chirurgia ascitei completează posibilităţile medicamentoase cu multiple procedee. Operaţia Talma constă din drenarea lichidului de ascită în ganglionii limfatici inghinali cu ajutorul unor fibre de plastic, trecute prin marele epiploon exteriorizat sub-

Scanned with OKEN Scanner

cutanat. Se mai recurge la drenajul peritoneo-subcutanat prin tub de metacrilat (Fl. Mandache), drenajul osos (Voinea Marinescu), extraperitonealizarea lobului hepatic drept sau/și a intestinului subțire, omento-ileopexia etc. Există o bună experiență la noi în țară mai ales cu extraperitonealizarea lobului drept, caracterizată printr-o mortalitate mică, după care ascita nu se mai reface, starea generală se ameliorează, starea funcțională hepatică de asemenea într-o parte din cazuri, diureza se stabilește la valori mari (2).

În evoluția cirozelor hepatice pot apărea tulburări în metabolismul apei și electroliților, modificări ale echilibrului acido-bazic. Ele sînt asociate, iar alteori generează dezvoltarea unei disfuncții renale, care agravează perturbările biologice. În cursul terapiei cu diuretice se recomandă supravegherea sistematică a următoarelor constante biologice: ionograma sanguină, excreția urinară de electroliți (creșterea raportului Na/K reflectă gradul hiperaldosteronismului), hematocritul, amoniemia (care poate crește) (13). În cirozele ascitogene, cu tulburări hidroelectrolitice severe, este necesară suprimarea administrării de diuretice. În aceste împrejurări se recomandă perfuzii cu manitol, pentru a provoca o diureză hidrică și a restabili natremia scăzută. Se recomandă ca totdeauna să avem în vedere faptul că bolnavul cu ciroză prezintă un echilibru hemodinamic și electrolitic labil, ușor alterabil. Trebuie de aceea să intervenim cu prudență și moderație (13). Mijloacele terapeutice actuale — folosite judicios — permit controlul retenției hidrosaline în aproximativ 80% din cirozele hepatice (5).

Hemoragiile impun tratament diferențiat, după natura lor. Cele discrazice — prin deficit de factori protrombinici — beneficiază de terapia hepatotrofică și cu vitamină K. Cele trombocitopenice impun combaterea hipersplenismului. Mai frecvent este însă vorba de rupturi ale varicelor esofagiene, care periclitează în cel mai mare grad viața bolnavilor. Sondele compresive de tip Blakemore au fost criticate. Unele perfecționări tehnice mai recente nu le-au readus totuși în interes. Rămîn de aceea utilizabile mijloacele antihemoragice conservatoare obișnuite, de creștere a coagulabilității sau de constricție arteriolocapilară. Rezultatele sînt foarte inegale și nu există siguranță că succesul se obține de fapt datorită utilizării lor și nu evoluției spontane. Un acord există doar asupra eficienței intervențiilor de decompresiune portală, prin șunt veno-sistemic, efectuate chiar în condiții de urgență, cu o reanimare adecvată.

Scanned with OKEN Scanner

Hipertensiunea portală. Suprimarea ei constituie de fapt achiziția cea mai decisivă în recuperarea ciroticilor. Anastomozele vasculare derivative s-au impus ca mijloace optime de corectare a hipertensiunii portale și deci de prevenire a complicațiilor sale (10). Sînt însă de reținut și factori nefavorabili care grevează cu mari riscuri asemenea intervenții: insuficiența hepatocelulară, tehnica chirurgicală laborioasă și de mare finețe, consecințele encefalopatice ale scurtcircuitării ficatului. Se poate spune că o parte din bolnavi sînt pierduți în perioada postoperatorie precoce, alții în perioada tardivă, încît anastomozele portocave pot ridica și astăzi probleme în ce privește beneficiul. Adevărul este că asigurîndu-se o bună tehnicitate operatorie, o tehnologie corespunzătoare (material protetic vascular), indicații diferențiate, pregătire și urmărire bună, alegerea momentului optim etc., chirurgia hipertensiunii portale justifică o utilizare mai largă. Sînt statistici care comunică supraviețuiri de 60% după 10—15 ani și mortalitate operatorie de numai 7%. Evident că atunci cînd intervenția se face de urgență (pentru hemoragie) la bolnavi cu icter, ascită, encefalopatie portală, diselectrolitemie etc., decesul intraoperator și postoperator imediat crește însă la aproximativ 50% (citat de 10).

Ca urmare a noilor condiții hemodinamice venoase se dezvoltă deseori edeme declive, moderate însă și care cedează la repausul postural, saluretice, măsuri de refacere a albuminemiei.

Indicația principală este hemoragia digestivă la bolnavi cu bună stare funcțională a parenchimului hepatic. Se subliniază de toți chirurgii cu experiență discernămîntul care trebuie să dicteze chirurgia hipertensiunii portale (2). Tipurile de operație sînt foarte variate: anastomoze portocave terminolaterale, latero-laterale directe și latero-laterale „în H" cu tub de teflon, anastomoze coronaro-cave, mezenterico-cave, spleno-renale etc.

Widall (1903) a efectuat prima anastomoza portocavă termino-laterală, soldată cu o tromboflebită letală. Rezultatele tardive sînt bune dacă se asigură premisele necesare prin indicație și tehnică. Supraviețuirea este dublă față de ciroticii cu hemoragie neoperați. Reacția regenerativă a ficatului nu este influențată negativ prin modificarea regimului circulator (10). Cu timpul se constată dimpotrivă evoluția spre stabilizare a procesului hepatic.

„Encefalopatia splenocavă" sub denumirea folosită de Bourgeon, constituie un sindrom care cumulează efectele scurtcir-

Scanned with OKEN Scanner

cuitării operatorii a ficatului cu intensificarea hipersplenismului. Necesită splenectomie într-un alt timp (2). Sindromul encefalopatiei hepato-portale rămîne, pentru perioada tardivă, cea mai însemnată complicaţie la ciroticii supravieţuitori. În asemenea situaţii se impun respectate cu rigurozitate toate măsurile folosite şi la bolnavii neoperaţi.

În extremis, se poate recurge la colectomie totală, pentru suprimarea ariilor intestinale generatoare de amoniac (practicată pentru prima dată de Atkinson şi Goligher, 1960). Exereza colică la un cirotic prezintă însă o gravitate mare. Din acest motiv s-au propus şi excluderea colonului prin anastomoză ileo-rectală (cu dublă stomie a colonului la perete) sau ileostomia terminală. Rezultatele chirurgiei colice nu sînt pe deplin satisfăcătoare: deşi are efect favorabil asupra episoadelor recurenţiale de encefalopatie portală, influenţează prea puţin sau deloc semnele neurologice obiective (tremurături, sindrom cerebelos, leziuni piramidale) (9).

Desfăşurarea acestui complex program solicită disciplină şi cooperarea strînsă a bolnavului. Psihoterapia şi cu deosebire deschiderea unor perspective optimiste asupra viitorului, va juca în acest sens un rol central.

Cirozele metabolice prin depunere de metale. Beneficiază, pe lîngă complexul de măsuri comune tuturor cirozelor şi de altele specifice, care vizează eliminarea substanţei în exces.

Ciroza Wilson (degenerescenţa hepatolenticulară) rezultă din tulburarea în absorbţia, transportul şi distribuţia cuprului. Defectul de bază este ereditar şi constă din carenţa de coeruloplasmină, o alfa$_2$globulină care captează cuprul. În lipsa ei, acesta este fixat pe albumine, dar se desface din legătură şi se depozitează în ţesuturi. Absorbţia intestinală de cupru este crescută.

Prognosticul a fost considerat pînă recent infaust. Sfîrşitul apărea fie în accidente neurologice (formele acute), fie hepatice (formele cronice). De obicei bolnavii nu depăşeau vîrsta de 30 ani. Această evoluţie inexorabilă progresivă şi fatală a fost însă mult ameliorată ca urmare a noilor posibilităţi de tratament (6).

Alimentaţia va exclude orice produse cu conţinut mare de cupru: ficat, scoici, raci, ciocolată, cacao, ciuperci, nuci, alune, mazăre, sfeclă. Se evită strugurii trataţi cu soluţie de sulfat de cupru. Se interzice utilizarea vaselor de aramă. Are importanţă şi selectarea surselor de apă sărace în cupru.

Pentru fixarea intraintestinală a cuprului se recomandă sulfură de potasiu la fiecare masă. Rezultă o sulfură de cupru

Scanned with OKEN Scanner

insolubilă şi neabsorbabilă, care se elimină prin fecale. Răşinile schimbătoare de cationi carboxilici, administrate de asemenea la masă, constituie un bun adjuvant în aceeaşi direcţie.

Pentru eliminarea cuprului depus în viscere şi ţesuturi se recurge la substanţe chelatoare. Rezultatele cele mai demonstrative s-au obţinut cu BAL, EDTA şi Penicilamină. Aceasta din urmă pare să fie cea mai activă. Rezultate semnificative au fost camunicate şi după administrarea Folcisteinei U, după care creşte cupruria şi se ameliorează sindromul neurologic (6).

Este tot atît de important să se evite la „wilsonieni" tratamentul cu extracte de ficat (bogate în cupru), şi cu Streptomicină (produce manifestări neurotoxice importante la aceşti bolnavi cu defecte biochimice neurale).

Măsurile terapeutice vor fi introduse la bolnavi încă din stadii latente. Există în prezent posibilitatea depistării nu numai a homozigoţilor ci şi a heterozigoţilor, care dezvoltă forme fruste.

Hemocromatoza (diabetul bronzat) este o tulburare de metabolism caracterizată prin absorbţia crescută a fierului alimentar, urmată de depuneri în ţesuturi, cu afectarea predominentă a ficatului şi pancreasului. Forma ereditară (hemocromatoza propriu-zisă) este condiţionată de defectul reglării absorbţiei intestinale a fierului.

Se limitează aportul de alimente cu conţinut mare de fier. Baza terapiei rămîne însă emisia sanguină, repetată săptămînal. Diabetul impune corecţie insulinică şi restricţie glucidică.

Este necesară depistarea bolnavilor latenţi din familiile cu hemocromatoză. În acest scop se face dozarea sideremiei, evaluarea depozitelor de hemosiderină din măduva osoasă şi se testează saturaţia de fier a feritinei (care este mult crescută) (12).

Cirozele biliare primitive. Rămîn în mare proporţie obscure sub aspect etiopatogenetic. Singura variantă probată este cea dezvoltată din hepatita virală colestatică. Mecanismul de autoîntreţinere imună pare să intervină în toate cazurile.

Pe lîngă măsurile obişnuite din ciroze, apar probleme particulare legate de importanţa pruritului, malabsorbţia de vitamine liposolubile, şi mai ales de perturbarea eliminării de bilirubină şi săruri biliare. Unele succese terapeutice se leagă de utilizarea Fenobarbitalului (sau Diazepamului) ca „inductor enzimatic" dar de fapt cu acţiune mult mai complexă. Drena-

Scanned with OKEN Scanner

jele biliare repetate, cu ajutorul sondei duodenale, contribuie la remiterea icterului. Cortizonul şi citostaticele imunodepresive intră în tratamentul curent prin efect antiinflamator şi de suprimare a autoagresiunii antiductulare. Simpatectomia periarterială hepatică rămîne o rezervă de acţiune, practicată mai ales cu ocazia laparoscopiei exploratorii, recomandabilă de multe ori pentru a se exclude cu certitudine un obstacol extrahepatic ignorat.

PROBLEME PROFESIONALE ŞI SOCIALE ALE RECUPERĂRII

Aplicarea măsurilor de recuperare actuale a modificat mult condiţia socială a bolnavilor cu ciroză. În statistica lui Burlui (2) din 66 bolnavi operaţi, rămaşi în viaţă la şase luni pînă la şapte ani de la intervenţie, 26 lucrează cu program redus, 10 bolnave casnice se ocupă în continuare de gospodărie, iar 30 s-au pensionat sau au rămas în continuare pensionaţi de boală, cum erau în momentul cînd au fost operaţi. Dacă se respectă normele igieno-alimentare, dacă se asigură medicaţia de fond cerută de hepatopatia în progresiune, dacă se supraveghează activitatea şi adaptarea faţă de eforturi, bolnavii pot duce o viaţă apropiată de cea obişnuită. Recuperarea bolnavilor cirotici cu anastomoză portocavă a devenit ea însăşi o preocupare a medicinii de astăzi. Encefalopatia poate fi controlată în mare măsură.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. ARONOFF, A., NAYARAI, I., Un. Med. Canada, 103, 1974, 1081.
2. BURLUI, D., TEJU, Gh., MIULESCU, I., *Cum tratăm hipertensiunea portală*, Ed. medicală, Bucureşti, 1967.
3. BURLUI, D., RAŢIU, O., MIULESCU, I., Clujul Med., 1970, 533.
4. CINCOTTI, J., HUEMER, R., Amer. J. Dig. Dis., 6, 1971, 517.
5. FABRE, S., Sem. Hôp. 1971, 22, 1426.
6. FAUR, A., PASCULESCU, Gh., DORI, F., Med. int., 12, 1972, 1413.
7. FODOR, O., *Tratat elementar de medicină internă*, vol. II, ed. II, Ed. Dacia, Cluj, 1974.
8. GALEA, Gh., *Ciroza hepatică*, Ed. medicală, Bucureşti, 1973.
9. GRANGE, D., BISMUTH, H., Arch. Fr. Mal. App. Dig., 64, 1975, 257.
10. NICOLAESCU, T., *Hepatopatiile cronice*, Ed. Acad. R.S.R., Bucureşti, 1969.
11. PERRIN, D., BERGERAULT, Ph., Vie méd., 1, 1975, 1877.
12. SCHIFF, L., *Bolile ficatului*, Ed. medicală, Bucureşti, 1966.
13. SCHWARTZ, M., FODOR, O., Med. int. 3, 1975, 219.

Scanned with OKEN Scanner

XVIII
RECUPERAREA BOLNAVILOR CU AFECȚIUNI BILIARE

DEFINIȚIE, DELIMITARE NOZOLOGICĂ, DIAGNOSTIC

Patologia căilor biliare însumează o mare varietate de entități, dintre care cele mai frecvente se găsesc în strînsă interconditionare. Posibilitățile de perturbare a funcțiilor lor specifice sînt însă restrînse, constînd în esență din alterarea transportului prin calea biliară principală (stază și obstrucție sau dimpotrivă, insuficiență sfincteriană) și din alterarea funcției de rezervor a veziculei. Se înțelege de ce, în tratament urmărim un număr limitat de obiective, comune mai multor afecțiuni.

Ceea ce caracterizează suferințele căilor biliare, încă din fazele de început, sînt următoarele elemente: împletirea dintre tulburarea funcțională și leziunea morfologică; unitatea fiziologică și fiziopatologică între căile biliare extra- și intrahepatice; rolul activ al sfincterelor biliare în condiții normale și patologice; relația strînsă sinergică, anatomică și funcțională, dintre capilarele biliare și celula hepatică; unitatea funcțională bilio-hepatică; suferința se poate extinde la întreaga răspîntie bilio-duodeno-pancreatică și chiar la întregul abdomen.

Diskineziile, înțelese în esență ca distonii sfincteriene care alterează sinergismul funcțional dintre diferitele segmente ale arborelui biliar (15), sau ca tulburări ale evacuării veziculei, pot fi asociate suferințelor cu substrat morfopatologic — malformații, inflamații, litiază — sau sînt independente de acestea („pure"). În geneza celor din urmă intervine neuroza cu tulburări vegetative, dishormonozele sau mecanismele reflectorice cu punct de plecare intraabdominal, digestiv și extradigestiv. Dezvoltarea procesului inflamator poate duce la variate complicații. Afecțiunilor menționate (malformații, inflamații, litiaza) li se adaugă obstrucțiile biliare nelitiazice și neinflamatorii; compresiuni extrinseci, tumori, rupturi de chist hidatic, stenoze primitive, manifestări alergice etc.

Scanned with OKEN Scanner

DIAGNOSTIC

Diagnosticul rezultă din anamneza clinică amănunțită și din examinările paraclinice (sondaj duodenal, colecistografie, colecisto-angiografie, laparoscopie, explorări radioizotopice sau ultrasonice). Explorarea arborelui biliar se completează cu cea hepatică, pancreatică și gastroduodenală.

PROGNOSTIC

Prognosticul este condiționat de natura afecțiunii, de complicațiile sale, asociațiile morbide cu care evoluează, de aplicarea individualizată a măsurilor medicale, sociale și profesionale, pentru fiecare caz în parte. Ceea ce agravează prognosticul în ansamblul său, sînt complicațiile (infecțioase și mecanice în primul rînd) și suferințele viscerale adăugate, mai ales afectarea ficatului și pancreasului. Termenul de „sindrom colecisto-hepato-pancreatic" (9) reflectă tocmai importanța acestei triple asocieri. Cele mai serioase probleme se ridică în legătură cu litiaza biliară. Evoluția acesteia este extrem de variabilă. La unii bolnavi dispepsia biliară frustă sau colica unică sînt singurele manifestări. La alții colicile biliare se repetă la intervale neregulate, fără complicații, un timp îndelungat. De multe ori este posibil ca accidentele infecțioase sau mecanice să dezvăluie diagnosticul, sau să marcheze trecerea la o fază nouă a bolii tolerată pînă aici. Coafectarea hepatică sau pancreatică poate agrava oricînd boala într-un episod de activitate. Este de aceea greu de prevăzut viitorul bolnavului. Există totuși cîteva elemente care ne permit, cu aproximație, formularea prognosticului.

Localizarea litiazei în canalul coledoc, în canalul cistic sau în canalele hepatice imprimă un prognostic mai sever decît localizarea veziculară și necesită de aceea cît mai prompt intervenție chirurgicală. Complicațiile infecțioase (colecistita cu sau fără pericolecistită, angiocolita) sînt elemente de prognostic rezervat și deci reclamă intervenție chirurgicală.

Mărimea calculului: calculii mici veziculari riscă să migreze ducînd la icter obstructiv sau ileus biliar, astfel că impun intervenția.

Factorii de teren: la vîrstnici, litiaza biliară evoluează mult mai sever decît la tineri și este însoțită mai frecvent de complicații viscerale (hepatice și pancreatice). Uneori pe vechea litiază se grefează un neoplasm al căilor biliare. Riscul operator este dublu după vîrsta de 60 ani. Bolile asociate litiazei biliare influențează negativ prognosticul. Dintre acestea men-

Scanned with OKEN Scanner

ţionăm hipertensiunea arterială, obezitatea şi diabetul zaharat (2, 5, 11).

Prognosticul s-a ameliorat în ultimul timp, datorită posibilităţilor mai bune de diagnostic prin colecistografie şi colecisto-colangiografie, terapiei antiinfecţioase şi progreselor în tehnica chirurgicală. Astăzi se admite că litiaza biliară, prin ea însăşi sau prin complicaţiile sale, nu determină mortalitate decît în 3% din cazuri, dacă îngrijirea este corespunzătoare. În aceste condiţii intră în terapia preoperatorie adresată în primul rînd componentei hepatice.

EXPERTIZA MEDICALĂ A CAPACITĂŢII DE MUNCĂ

Suferinţele căilor biliare pot deveni invalidante doar în cazuri rare. Din datele noastre ele reprezintă 3,6% din întreaga invaliditate digestivă şi mai puţin de 1% din invaliditatea generală.

Principiile după care ne orientăm la încadrarea biliarilor în diferite grade de invaliditate sînt cele utilizate în general. Afecţiunile căilor biliare nu sînt invalidante prin ele însele, ci prin complicaţiile lor. În coafectarea pancreasului sau a ficatului folosim criteriile aplicate obişnuit în aceste situaţii.

Biliarii operaţi pot necesita concedii prelungite pentru consolidarea rezultatelor terapeutice, cure hidrominerale, refacere nutriţională etc. În unele cazuri se contraindică reluarea activităţii în acelaşi loc de muncă şi se impune încadrarea temporară de regulă în gradul III de invaliditate, mai rar în gradul II. În acest caz suferinţa biliară, pancreatică şi hepatică realizează cumul de suferinţe.

RECUPERARE

MĂSURI MEDICALE

Întocmirea planului de recuperare trebuie să ţină seamă de particularităţile afecţiunii diagnosticate, cu eforturi susţinute de individualizare cît mai exactă. Schemele existente constituie doar puncte de reper. Mijloacele specifice sînt o excepţie: corectarea discoliei litogene şi litoliza farmacologică, în cazul litiazei colesterolice. Toate celelalte mijloace nespecifice, vor fi incluse în tratament în funcţie de rezultatul explorărilor şi de tabloul clinic, cu nuanţări gradative (6). Etiologic, se combate infecţia bacteriană — factor iniţiator uneori, adesea asociat în mod secundar. Patogenetic, se urmăreşte combaterea stazei biliare, combaterea distoniei sfincteriene şi veziculare, restabilirea echilibrului psihovegetativ şi endocrin. Alegem medicamentul sau procedura fizioterapică cea mai potri-

vită, pe baza cunoştinţelor de farmacodinamie şi de fiziopatologie biliară. Dispunem în acest sens de criterii satisfăcătoare. Totuşi, în anumită măsură definitivarea programului terapeutic cuprinde şi un moment experimental „de tatonare", care permite găsirea medicaţiei optime pentru fiecare situaţie. Simptomatic, urmărim suprimarea acuzelor dispeptice şi dureroase. Măsurile generale — igienice şi dietetice, în multe cazuri psihoterapeutice — constituie o bază indispensabilă pentru toate afecţiunile biliare.

Combaterea infecţiei în afecţiunile căilor biliare este realizată prin antibiotice cu spectru larg. Administrarea se face pe cale generală (oral sau parenteral). Este iluzoriu beneficiul instilării intraduodenale a unor preparate. Sulfamidele au o bună eliminare biliară, dar sînt evitate din cauza potenţialului lor hepatotoxic (agresiunea ficatului ar putea deveni dublă). Nu există posibilităţi de antibioterapie selectivă, întrucît bilicultura nu aduce informaţii satisfăcătoare. Şi totuşi, se mai resimte o anumită dogmă a „criteriului bacteriologic" bazat pe examenul conţinutului duodenal. Între starea bacteriologică a acestuia şi a veziculei nu există însă concordanţă, cu excepţia poate a unor colecistite acute (situaţie cînd de fapt nu se recurge la sondaj). Sînt de asemenea recunoscute disocieri între bacteriologia intraluminală şi cea parietală a veziculei inflamate, motive care obligă la administrarea preparatelor cu spectru larg de acţiune. Acestei condiţii i se adaugă şi cea a bunei eliminări biliare, care să asigure o concentraţie activă. Din acest punct de vedere se diferenţiază trei grupe de antibiotice: cu excreţie biliară redusă (Cloramfenicol, Streptomicină, Neomicină, Colimicină, Gentamicină, Bacitracină), cu excreţie medie (Tetraciclinele, Eritromicina) şi cu excreţie ridicată (Ampicilina, Rifampicina, Spiramicina, Reverine, Novobiocina) (1). Eliminarea are loc şi în insuficienţa hepatică. Doar excepţional poate fi complet inhibată. Antibioticul este eliminat sub formă liberă şi conjugată. Cloramfenicolul este conjugat în proporţie de 90—95%, iar dintre metaboliţi cei mai importanţi sînt glicuronidul şi acetatul, ambii lipsiţi de proprietăţi antibacteriene. Alt factor care condiţionează eficienţa antibioterapiei biliare este pH-ul bilei, modificat în procesele inflamatorii. O bază slabă ca Tetraciclina este mai puţin activă în mediu acid, probabil din cauza ionizării crescute; absorbţia prin mucoasă devine neînsemnată. Dimpotrivă, un acid slab, ca Ampicilina, este ionizat în mică proporţie la pH acid şi astfel poate fi absorbit. La pH alcalin se absoarbe însă cu greutate, din cauza ionizării. Mai trebuie avută în vedere şi acţiunea asu-

Scanned with OKEN Scanner

pra tonusului sfincterian. Cloramfenicolul, Ampicilina, Gentamicina au acţiune miolitică şi relaxează deci muşchiul neted biliar. Eritromicina, Tetraciclina, Rifampicina şi Spiramicina contractă atît musculatura longitudinală, cît şi pe cea circulară, scăzînd astfel debitul căii biliare. Se pot înţelege de aici dificultăţile de a prevedea efectele antibioterapiei în infecţiile biliare.

Drenajul biliar conservator urmăreşte combaterea stazei biliare. Este indicat la bolnavi cu gust amar, migrenă biliară, bila B floconoasă sau concentrată, hipotonie veziculară evidenţiată colecistografic. Este contraindicată în perioadele dureroase şi după colici biliare. La litiazici se evită în principiu, din cauza durerilor declanşate şi a riscului de mobilizare a unor calculi mici. După intensitatea efectului urmărit, indicăm unul din următoarele tipuri de produse: colagoge-coleretice cu acţiune blîndă (medicamente pe bază de extracte vegetale, pulbere Bourget), cu acţiune mai energică (feniletilcarbinol: Carbicol) sau, avînd cea mai puternică acţiune, dehidrocolatul (Fiobilin), care creşte fluxul biliar şi diluează conţinutul de săruri biliare. Pentru stimularea contracţiei veziculare se utilizează şi preparate de posthipofiză (Glanduitrin). Pot fi utile şi curele hidrominerale cu ape alcaline (bicarbonate sau clorurosodice, sulfatate, sodice, calcice, magneziene) (3, 4). Rezultate bune sînt obţinute prin instilaţii intraduodenale repetate de sulfat de magneziu.

Suprimarea hipertoniei şi contracţiilor spastice se poate obţine cu anticolinergice (injecţii de atropină în formele mai dureroase, sau Foladon, Scobutil, preparate sintetice). Influenţă favorabilă evidentă au combinaţiile de calciu gluconic sau sulfat de magneziu, novocainã, atropinã administrate i.v. Fizioterapia aduce un aport însemnat în combaterea durerilor: aplicaţii locale de căldură, unde scurte. Procedurile sînt contraindicate în procesele inflamatorii active. O direcţie eficientă de acţiune constă din suprimarea reflexelor gastro-veziculare intraprandiale, prin administrarea unei soluţii de novocainã 1—2%, cu 5 minute înainte de masă. Asupra hipertoniei sfincteriene putem interveni repetat prin miorelaxante (miofilinã injectabil sau pe cale orală, nitroglicerinã). Spasmul oddian este suprimat de novocainã (16).

Efecte reglatoare psiho-neurale se obţin prin sedative şi tranchilizante. Dacă este prezentă staza duodenală, este indicată metoclopramida (Reglan, Primperan), care acţionează ca modificator al motricităţii digestive, antiemetic, antispastic.

Scanned with OKEN Scanner

Se suprimă în acest fel distoniile şi se restabileşte sinergismul funcţional al sistemului de căi biliare.

Corectarea discoliei litogene şi litoliza medicamentoasă, a fost multă vreme doar un deziderat inaccesibil. Cunoştinţele recente privitoare la semnificaţia raportului colesterol/săruri biliare din bilă au condus la aplicarea experimentală, apoi în clinică, a chenodezoxicolatului. Prin administrarea acestuia pînă la şase luni (în doză de 0,75—4,5 g la zi), au fost obţinute reduceri dimensionale şi chiar dispariţii complete a unor calculi colesterolici puri. Efectul este mai energic dacă se asigură o concentraţie intraluminală ridicată: injectarea produsului intracoledocian prin tubul de drenaj după colecistectomii, la bolnavi cu calculi coledocieni restanţi, au provocat dispariţia lor, în 3—14 zile, la 11 dintr-o serie de 17 cazuri (5). Dizolvarea calculilor nu previne însă şi refacerea lor, ceea ce reduce valoarea metodei. În ce priveşte mirajul eterilor aromaţi, dintr-o perioadă de început, el a dispărut cel puţin în ce priveşte litoliza. S-a reţinut în schimb efectul lor de stimulare a fluxului biliar, antiseptic, miorelaxant şi, secundar, de calmare a acuzelor dureroase (preparatele Rowachol, Colelitol, Covalitin).

În tratamentul colicii biliare se recurge cu prioritate la medicamentele antispastice. O bună acţiune adjuvantă exercită şi Plegomazinul. Opiáceele sînt necesare doar în crizele foarte dureroase sau refractare la terapia obişnuită, totodată în asociere cu atropina, pentru a se preveni spasmul oddian şi vărsăturile medicamentoase. Nu sînt în nici un caz permise atunci cînd sînt prezente semne de iritaţie peritoneală, deoarece maschează complicaţia chirurgicală care se poate dezvolta. Rareori se recurge la blocaj novocainic paravertebral. Antialgicele minore (pirazolonice) sînt utile în crizele moderate şi au o indicaţie particulară la bolnavii cu pericolecistită şi perihepatită.

Măsurile terapeutice generale constituie o bază indispensabilă pentru toate afecţiunile căilor biliare, uneori fiind chiar singure suficiente. Locul principal revine *regimului de cruţare biliară.* În legătură cu acesta persistă o altă dogmă, cea a „restricţiei", care pretinde excluderea exagerată şi nejustificată — pe timp nelimitat — a unui mare număr de produse alimentare. Sub eticheta dietei standard „de colecistită" cu excluderea unui mare număr de produse colecistokinetice, sau doar considerate ca atare, mulţi bolnavi sînt iatrogenizaţi şi expuşi la subnutriţie. Or, dintr-un lot de intoleranţi faţă de grăsimi, semnele de intoleranţă au scăzut de la 100% la 8%

Scanned with OKEN Scanner

dacă bolnavii au consumat grăsimea fără să știe (introducere prin sondă, amestec disimulat în preparate mai complexe (Toggart, citat de 14). Există deci o anumită componentă psihogenă a intoleranței față de produsele colecistokinetice și „greu digestibile" de care trebuie să se țină seama, în funcție de bolnav. Aceasta explică de ce în ansamblu, intoleranțele sînt mai frecvente la afecțiunile funcționale decît în cele cronice (14). Hipotonia veziculară beneficiază de consumul crescut de ouă și grăsimi, activatoare ale contractilității.

În litiaza biliară respectăm principiul alimentației antilitogene cu hipolipidice-hipocolesterolice, pentru corectarea tulburărilor metabolice și a discoliei. La obezi se impun restricții calorice globale.

Dezvoltarea unei hepatopatii secundare, fie satelită colicii, fie colestatică prin obstrucția căii principale, necesită medicația hepatoprotectoare obișnuită în hepatite (Aspatofort, Metaspar, vitamine din grupul B). Aceasta trebuie cuprinsă sistematic în etapa de pregătire preoperatorie, pentru a se evita riscul prăbușirii hepatocelulare. În icterul mecanic se impune administrarea parenterală de vitamină K pentru prevenirea hemoragiilor. Fistulele bilio-digestive necesită intervenții chirurgicale (13a).

Crenoterapia afecțiunilor biliare rămîne actuală, deoarece multe cercetări experimentale și clinice îi atestă eficiența (3, 4).

Dintre apele minerale, sînt recomandate cele bicarbonatate, sodice simple sau mixte, cu acțiuni coleretice și colecistokinetice: Bodoc-Matilda, Ciunget, Covasna, Malnaș, Tinca. Secreția biliară este fluidificată și alcalinizată în același timp. Apele bicarbonate, cloruro-sodice, carbogazoase (Sîngeorz, Stoiceni) scad secreția biliară și sînt indicate în cura de repaus a căilor biliare (3).

Apele sulfatate (sodice, calcice sau magneziene) cresc colereza. Apele calde relaxează sfincterul Oddi, iar cele reci îl contractă.

Litiaza biliară beneficiază de cura hidrominerală exclusiv în faza numită „prelitiazică" și în formele fruste, bine tolerate de bolnav (4). Dimpotrivă, se contraindică balneofizioterapia în litiaza dureroasă, vezicula fragă, în asocierea unor procese inflamatorii dureroase bilio-hepato-duodenale, în icterele mecanice, infecțiile veziculei și căilor biliare.

Colecistopatia cronică nelitiazică beneficiază în mare măsură de crenoterapie. Indicația optimă o au apele bicarbonatate sodice și apele sulfatate (Slănic Moldova, Sîngeorz-Băi,

Scanned with OKEN Scanner

Olăneşti, Călimăneşti-Căciulata). Hidroterapia se aplică sub formă de duşuri locale sau generale (cu efect sedativ). În staţiuni se mai pot prescrie comprese, cataplasme de nămol. În colecistotonie se aplică electroterapie, în special curenţi diadinamici. Ionizările locale cu sulfat de magneziu se indică pentru acţiunea lor colecistokinetică la diskineticii biliari. În hipotonia oddiană, apele cele mai potrivite sînt cele de la Slănic Moldova, care măresc tonusul sfincterian. Formele hipertonice beneficiază de izvorul nr. 4 din Sîngeorz, care are o acţiune hipotonizantă asupra acestui sfincter. Izvoarele Călimăneşti 7 şi 8, Pauşa, 1 şi 2, se pot folosi în ambele forme hipo- şi hipertone. Bolnavilor cu hipotonie biliară li se recomandă şi proceduri excitante ca: spălări, băi cu perie, duşuri scoţiene.

Colecistectomia este intervenţia chirurgicală la care se recurge de cele mai multe ori în afecţiunile biliare (17). Este indicată ori de cîte ori colecistul este sediul unui proces inflamator, indiferent de cauza iniţiatoare, sau cînd răspunde de acuze subiective importante şi persistente. Este de asemenea indicată în obstrucţia canalului cistic, indiferent de originea acesteia: calcul inclavat, cisticită, boală de col, malformaţii. Vezicula se extirpă totdeauna în litiază chiar în localizările extraveziculare ale calculilor, avînd în vedere rolul său în litogeneză. Momentul operator se decide printr-o colaborare medico-chirurgicală strînsă şi de multe ori doar în urma unei urmăriri dinamice. Sub acest aspect, se diferenţiază două situaţii. Uneori intervenţia se impune ca o mare urgenţă şi trebuie deci efectuată „la cald", în plină activitate a procesului inflamator: extinderea pericolecistitei, gangrena veziculei, perforaţia, angiocolitele severe (septice sau uremigene). Aceeaşi atitudine avem şi în crizele dureroase subintrante, de 4—5 zile deoarece relevă procese alterative parietale sau obstacole pe căile biliare. Colecistectomia de urgenţă este necesară şi în hidrocolecistita cu persistenţa durerilor şi sindromului inflamator, mai ales dacă se dezvoltă semne peritoneale („iminenţă de perforare").

Indicaţia devine o urgenţă maximă în gangrena vezicii biliare, perforaţii, extinderea pericolecistitei, angiocolită uremigenă sau septică (9).

Alteori colecistectomia se practică „la rece", după liniştirea durerilor şi remisia infecţiei, după restabilirea funcţională a ficatului. După colică, în principiu nu se intervine în prima săptămînă, interval necesar pentru regresiunea hepatopatiei, frecvent asociată. Aceasta poate fi latentă, evidenţiată doar prin testarea transaminazemiei, sau manifestă prin icterul cu

Scanned with OKEN Scanner

evoluţie tranzitorie asociat colicii. Indicaţiile operatorii se rezumă de fapt la litiaza biliară activă, generatoare de colici în repetiţie (care restrîng mult alimentaţia bolnavului, nu pot fi prevenite prin medicaţie), colici cu infecţie, cu icter şi cu manifestări alergice (9). Colecistectomia se recomandă şi la litiazicii cu veziculă exclusă, chiar în absenţa persistenţei hidropsului întrucît lipsa de opacifiere indică leziuni parietale. Este mai larg indicată în prezenţa de calculi veziculari mici, deoarece aceştia pot duce la complicaţii obstructive coledociene spre deosebire de calculii voluminoşi, care nu sînt eliminaţi. Icterul mecanic constituie o indicaţie operatorie fermă întîrziată, nu mai mult de 7—10 zile de la colică.

Nu se operează diskineziile biliare „pure" (cu excepţia eventuală a atoniei ireductibile cu manifestări clinice accentuate), colecistita cronică necalculoasă şi malformaţiile cu simptomatologie discretă controlabilă prin măsuri medicale. Adoptăm aceeaşi conduită şi faţă de litiaza biliară latentă sau bine tolerată, în limitele unor reguli igieno-alimentare uşor de respectat.

Repermeabilizarea căilor biliare este obligatorie, atît în stenozele şi obstrucţiile totale, cît şi în cele parţiale. Obstacolul hepatocoledocian total trebuie privit ca o urgenţă şi rezolvat cît mai repede, îndată ce situaţia ficatului şi pancreasului o permit. Greşeli rezultă mai deseori din nediagnosticarea unor obstacole relative, mai frecvent prin oddită asociată litiazei. În asemenea condiţii este necesară o dublă intervenţie, de preferinţă în acelaşi timp: colecistectomia şi sfincteroplastia oddiană.

Chiar dacă în domeniul bolilor biliare nu s-au înregistrat progrese notabile în ce priveşte mijloacele terapeutice, conduita adoptată şi modul de aplicare a măsurilor existente a ameliorat mult rezultatele care se obţin astăzi. S-a depăşit de mult etapa intervenţiei nejustificate. Se evită însă totodată şi instalarea complicaţiilor prin perseverarea nejustificată în aplicarea exclusivă a măsurilor conservatorii. Colecistectomia se amînă, pe cît posibil, la bolnavii sub 30 ani, şi se evită după 60 ani, cu excepţia stărilor de necesitate.

RECUPERAREA BILIARILOR OPERAŢI

Aproximativ 10—30% din bolnavii cu trecut chirurgical biliar continuă să prezinte suferinţe care se pun în seama actului operator, sau a bolii de bază care a făcut obiectul intervenţiei. Manifestările sînt variate şi nu realizează o entitate. Trebuie părăsită tendinţa fals unificatoare a tuturor acestor sindroame şi diagnosticul trebuie să aducă precizarea de

Scanned with OKEN Scanner

substrat morfofuncţional necesară pentru aplicarea unei terapii adecvate. Diferenţiem suferinţele legate de operaţie şi pe cele independente de aceasta. În primul grup se cuprind atît consecinţele naturale ale noii situaţii anatomice (adevăratul sindrom postcolecistectomic, cu reacţiile sale adaptative ce se desfăşoară dinamic) cît şi urmările unor erori tehnice sau ale insuficientei rezolvări chirurgicale (omisiuni). Din al doilea grup fac parte bolile preexistente nerezolvabile prin intervenţie şi continuînd să se manifeste, precum şi afecţiunile nou apărute (8, 10, 13).

Rezultatele chirurgiei biliare depind de calitatea şi completitudinea diagnosticului preoperator, de alegerea momentului potrivit, incluzînd aici şi pregătirea corespunzătoare, dar şi de completarea intraoperatorie a explorării şi tehnicitatea intervenţiei. În sfîrşit, nu trebuie minimalizată nici îngrijirea nuanţată cerută în perioada postoperatorie labilă, pînă la stabilizarea proceselor de adaptare.

Programul de recuperare se va adresa situaţiei concrete, rezultate dintr-o investigaţie complexă, adresată nu numai căilor biliare, ci întregului aparat digestiv. Diskineziile, diareea biliară, angiocolita, periviscerita, neuroza, migrena, staza duodenală, pancreatita cronică, beneficiază de măsurile conservatorii particulare lor. Oddita poate fi eventual remisă prin antiinflamatoare (cortizonice) şi miorelaxante, dar duce uneori la reintervenţie prin caracterul său stenozant şi ireductibil. Reintervenţiile devin inevitabile pentru o parte din bolnavi, cu cele mai diferite indicaţii: litiază coledociană şi cistică restantă sau recidivantă, stricturi inflamatorii, bont de cistic lung, calculi intrahepatici, nevrom de bont, fistule biliare etc. Curele hidrominerale, fizioterapia, gimnastica medicală, aduc o contribuţie importantă la remiterea tulburărilor.

Profilaxia suferinţelor biliarilor operaţi (nejustificat etichetate drept „sechele postcolecistectomice") se bazează pe respectarea următoarelor principii: indicaţii corecte, executarea operaţiilor după tehnici bine puse la punct, practicate numai în urma unui examen complet al aparatului biliar, tratarea în prealabil a nevrozei vegetative asociate, a sindroamelor discrinice şi a altor afecţiuni coexistente, investigarea intraoperatorie (10).

MĂSURI SOCIOPROFESIONALE DE RECUPERARE

Repausul la pat este necesar în toate formele de colecistită acută, cel puţin 7—10 zile după stingerea puseului acut. În formele cu interesare viscerală, hepatică sau pancreatică, se

Scanned with OKEN Scanner

impune prelungirea repausului un timp mai îndelungat pînă la stabilizarea leziunilor. Postoperator se indică repaus relativ pentru 1—2—3 luni, în raport cu evoluţia clinică şi solicitarea profesională. Uneori prelungirea acestor concedii intră în competenţa comisiilor de expertiză medicală.

Momentul reluării activităţii profesionale este determinat de evoluţia clinică şi de complicaţiile produse de suferinţa biliară. Repausul şi regimul igieno-dietetic este orientat de gradul acuzelor subiective, toleranţa alimentară, componenta diskinetică şi inflamatorie a căilor biliare dar şi de profesiunea şi locul de activitate al bolnavului. Atît timp cît sînt prezente semnele de activitate — imposibilitate de alimentare, dureri, stări febrile, hepatită, pancreatită etc. — este necesar repausul (la pat sau nu, după momentul evolutiv).

Reluarea activităţii se face după cîteva săptămîni sau chiar cîteva luni de la puseul acut sau de la intervenţie, la început cu program redus, în condiţii de protecţie, revenindu-se ulterior la programul complet.

Problema reorientării profesionale nu se pune în mod practic, în cadrul acestor afecţiuni, iar cea a orientării profesionale devine actuală în mod cu totul excepţional. Ea priveşte tinerii încă necalificaţi. Vor fi evitate trepidaţiile la litiazicii latenţi, la bolnavii cu periviscerită, atonie veziculară. Programul stressant, fluctuaţiile orarului şi ritmul de muncă influenţează negativ dischineziile biliare.

Probleme sociale deosebite nu se ridică la aceşti bolnavi, decît în cazuri complicate, cu spitalizări prelungite, sau în cazul persoanelor cu dificultăţi familiale (numeroşi aparţinători inapţi de activitate, prin vîrstă sau boală). În această situaţie pot fi necesare acţiuni de asistenţă socială (ajutoare materiale, abonamente la cantină). Deficienţii vor fi urmăriţi la locul de muncă şi sprijiniţi pentru a se readapta la activitate.

O instruire privind compoziţia şi pregătirea culinară a alimentaţiei este totdeauna necesară. Bolnavii cu anxietate indusă de perspectiva intervenţiei chirurgicale, trebuie ajutaţi — psihoterapic — să depăşească această dificultate.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. BENZI, G. M., ARRIGONI, E., FRICO, G. M., FERRARA, A., PANCERI, P., BERTÉ, F., CREMA, A., Digestion, 7, 1972, 54.
2. BESANÇON, F., Rev. Prat. 3, 1974, 223.

Scanned with OKEN Scanner

XIX
RECUPERAREA BOLNAVILOR CU PERITONITĂ, PERIVISCERITĂ ȘI MEZENTERITĂ RETRACTILĂ

Marea extindere a peritoneului — peste 2 m² — structura histologică, bogăția sa în vase, precum și raporturile intime cu organele intraabdominale și pelviene, explică aspectele variate și complexe ale patologiei sale. (4).

În activitatea de E.M.R.C.M., probleme deosebite pune peritonita bacilară acută, subacută și cronică în variantele sale evolutive.

XIX.1. PERITONITA TUBERCULOASĂ ACUTĂ

Evoluează cu semne de suferință generală: fatigabilitate, transpirații, scăderea poftei de mîncare, febră, simptome dispeptice, meteorism, tulburări de scaun, dureri abdominale difuze sau localizate (perihepatic, pericecoapendicular), uneori vărsături. După 1—2 săptămîni, fenomenele par a se liniști, dar ulterior apar semnele colecției lichidiene peritoneale care ușurează stabilirea diagnosticului.

DIAGNOSTIC

Diagnosticul se stabilește din examenul clinico-radiologic, probe biologice și puncția peritoneală, eventual puncția pleurală, cînd este vorba de o poliserită în cadrul unei granulii.

Prognosticul este mult ameliorat în prezent chiar și în granulii. În formele simple, cu interesare regională peritoneală, prognosticul este bun în toate cazurile.

Capacitatea de muncă se stabilește numai după trecerea a cîteva luni de tratament în condiții de spitalizare.

Scanned with OKEN Scanner

Repausul relativ în condiţii de staţionar, este obligatoriu. În acest timp se face tratament cu tuberculostatice — de regulă asociate în număr de două, trei — şi tonice generale. Pentru această formă de tuberculoză se acordă concedii medicale prin dispensarele anti T.B.C. teritoriale. Dacă procesul bacilar este stabilizat activitatea se reia. Dacă se menţin însă semne de activitate a procesului tuberculos peritoneal sau oriunde în organism, se fac propuneri pentru încadrarea temporară în invaliditate, de regulă în gradul II. Cu acest prilej se alcătuieşte planul de recuperare şi se urmăreşte respectarea sa de către medicii curanţi şi experţi.

Măsurile socioprofesionale sînt comune tuturor formelor de tuberculoză şi vor fi expuse la sfîrşitul acestui capitol.

XIX.2. PERITONITA TUBERCULOASĂ SUBACUTĂ

Este vorba de obicei de pleuro-peritonite. Mai rar poate fi prins şi pericardul. Evoluţia este subacută cu fenomene pleuro-peritoneale şi generale.

Prognosticul este bun, în cele mai multe cazuri, după tratament cu bacteriostatice. Există însă şi posibilitatea trecerii într-o formă ascito-proliferativă cu evoluţie mai severă şi aceasta se termină, în majoritatea cazurilor, tot prin vindecare „per primam". Mai rar rămîn îngroşări, aderenţe peritoneale perivisceritice, epiploite, mezenterite.

Capacitatea de muncă şi recuperarea se stabileşte ca şi la forma precedentă.

XIX. 3. PERITONITELE TUBERCULOASE CRONICE

Reprezintă peste 80% din peritonitele cronice (4, 5, 7, 8).. Pot evolua sub următoarele posibilităţi:

1. *Forma ascitică pură* este cea mai frecventă şi cea mai benignă. Evoluţia sa este bună sub acţiunea tratamentului cu

Scanned with OKEN Scanner

tuberculostatice. Tratamentul se face în condiţii de staţionar. În 6—12 luni se obţine de regulă stabilizarea procesului, aşa încît se poate relua activitatea, fără să fie necesare alte măsuri recuperatorii şi nici de încadrarea în invaliditate. Încă de mult s-au evidenţiat resorbţii rapide ale lichidului ascitic şi vindecarea rapidă după laparotomii însoţite de expunerea peritoneului la aer şi mai ales la raze ultraviolete pentru 2—3 minute.

2. *Formele cazeoase şi ulcero-cazeoase.* Fenomenele generale şi locale sînt în general de aspect mai sever.

Evoluţia se face rareori spre vindecare completă.

Prognosticul este rezervat din toate punctele de vedere. Pot persista procese perivisceritice cu rol mecanic asupra organelor abdominale, favorizînd astfel accidente ocluzive intestinale. Focarele de cazeificare pot fistuliza cu cele mai variate traiecte (fistule externe sau interne).

O formă particulară apare la copii, fiind cunoscută sub numele de „tabes mezaraica“ sau ftizia abdominală. Evoluează cu fenomene dispeptice şi alterarea profundă a stării generale. Prognosticul s-a ameliorat în ultimii ani, dar rămîne adesea rezervat. Copiii care supravieţuiesc necesită orientare profesională.

Capacitatea de muncă este de regulă pierdută pentru 1—2 ani. Bolnavii sînt încadraţi în gradul II de invaliditate.

RECUPERARE MEDICALĂ

Este necesar un repaus în condiţii de staţionar timp îndelungat. Se respectă regimul complet şi de cruţare a aparatului digestiv, ţinîndu-se seama de toleranţa individuală a bolnavului. Tuberculostaticele ocupă primul loc în terapie, lor li se adaugă, dar numai în afara proceselor de evolutivitate, fizioterapia.

3. *Formele fibroadezive (fibroplastice)* realizează tablouri clinice în care domină simptomatologia regiunii afectate, întreţăiată prin accidente de ocluzie sau subocluzie intestinală. Starea biologică şi clinică generală sînt alterate.

Evoluţia este îndelungată şi ameliorările se obţin cu dificultăţi. Sînt posibile complicaţii care modifică radical mersul bolii.

Prognosticul este rezervat. Suferinţa este grevată şi de riscul accidentelor ocluzive intestinale care impun uneori intervenţii chirurgicale repetate.

Scanned with OKEN Scanner

Capacitatea de muncă este redusă pentru mult timp și chiar pierdută, în funcție de extinderea procesului și complicații (1).

RECUPERAREA MEDICALĂ

Repausul îndelungat este deseori necesar. Tratamentul medicamentos constă în esență din tuberculostatice în asociație cu cortizon și eventual radioterapie. În situații particulare fie ca urgențe, fie după stabilizarea leziunii, pot fi indicate intervenții chirurgicale pentru înlăturarea accidentelor mecanice. În efectuarea lor, chirurgul întîmpină dificultăți serioase și deseori este obligat la adevărate „disecții" ale organelor abdominale (4). Și în această formă este indicată:

Fizioterapia sub formă de raze ultraviolete sau helioterapie (în formele fără semne de evolutivitate) favorizează topirea maselor proliferative și resorbția lor. *Radioterapia* (în condiții de afebrilitate) și pentru aceleași scopuri se aplică în formele renitente la celelalte măsuri de tratament. *Gimnastica medicală* este indicată în scopul întăririi musculaturii abdominale și pentru evitarea formării sau extinderii aderențelor. *Psihoterapia* urmărește să combată unele prejudecăți (privind prognosticul bolii) care persistă uneori din perioada preantibiotică.

Terapia ocupațională apare de mare utilitate în condițiile spitalizării îndelungate a acestor bolnavi.

4. *Formele intricate* sînt urmarea asocierilor în grade diferite a proceselor exudative proliferative și fibro-cazeoase.

XIX.4. PERIVISCERITELE

Sînt procese inflamatorii scleroase, localizate și neexudative ale peritoneului, cu extinderea circumscrisă. Diagnosticul poate fi greu de făcut, datorită tabloului clinic necaracteristic sub care evoluează și lipsei unor modificări radiologice evidente la examenul tubului digestiv și a organelor anexe. Pe calea interrelațiilor digestive, tabloul clinic se complică în mod progresiv pînă la aspectul sindromului abdominal complex, al „dispepsiei interdigestive" (I. Hatieganu) (7).

Perivisceritele sînt generate de multipli factori. Nu trebuie ignorată predispoziția ereditară spre formarea proceselor inflamatorii-fibroase cu caracter proliferativ (cheloide).

Scanned with OKEN Scanner

Intervenţiile chirurgicale abdominale făcute mai ales în prezenţa unor procese inflamatorii active (genitale, colecistite, apendicite etc.) ar putea fi reţinute ca una din principalele cauze.

Procesele inflamatorii intraabdominale lent evolutive sau cu evoluţie în puseuri, de regulă generate de leziuni viscerale (colecistite, ulcere penetrante, apendicită, anexite, diverticulite, colite etc.) sînt altă cauză de bază.

Unele forme torpide de tuberculoză entero-peritoneală intervin mai rar.

Traumatismele abdominale pot mai rar să explice perivisceritе prin revărsări hematice.

După localizare se diferenţiază mai multe sindroame (I. Hatieganu). *Perivisceritа dreaptă (dextrita)* cuprinde zona periapendiculocecală, colonul ascendent, regiunea periveziculară şi periduodenală. După topografie poate fi deci superioară, inferioară sau bipolară. *Perivisceritа stîngă* are drept substrat colita transversă şi descendentă, dar mai des sigmoiditele şi diverticulitele care duc la pericolite şi perisigmoidite. *Mezenteroepiploitele* survin mai des la femei cu suferinţe genitale sau ceco-apendiculare. *Perivisceritele strict localizate* sînt mai rare, cantonate la organul în suferinţă: perigastrită, periduodenită, peritiflită, perisigmoidită, pericolecistită, perihepatită, perisplenită.

Diagnosticul clinic este laborios şi reclamă experienţă. Este sugerat în prezenţa unui sindrom dureros şi dispeptic nesistematizat — mai ales la bolnavii care au avut în antecedente afecţiuni abdominale cu risc cunoscut de perivisceritе sau cu intervenţii chirurgicale — cu examenul baritat sărac în informaţii, care exclude o suferinţă viscerală actuală. Durerile se accentuează la schimbarea poziţiei, în postura şezîndă sau ortostatică şi la eforturi.

Diagnosticul funcţional reclamă şi explorarea funcţională a viscerelor abdominale.

Prognosticul este în funcţie de etiologie. Uneori este rezervat prin tendinţă de progresare a leziunilor, de regulă este însă bun, deoarece treptat fenomenele clinice se atenuează sub măsurile aplicate şi chiar spontan.

Capacitatea de muncă este de regulă păstrată. Poate fi însă redusă temporar, în funcţie de gradul suferinţei, de asociaţiile cu care evoluează şi de solicitările biologice ale locului de muncă.

Scanned with OKEN Scanner

Boala aderențială postoperatorie pune probleme deosebite în activitatea de E.M.R.C.M. Din punct de vedere clinic, evoluează cu fenomene asemănătoare perivisceritelor; domină sindromul dureros colicativ, nesistematizat, în puseuri, cu exacerbare la schimbări posturale și la ortostatism prelungit. Morfopatologic s-au descris patru forme (3): *aderențe laxe filamentoase* care dau rar ocluzii intestinale; *aderențe strînse* care dau ocluzii sau subocluzii intestinale; *magmă de aderențe* care înglobează mai multe anse intestinale și epiploonul și *bridele.*

Diagnosticul se pune prin examenul clinic și examenul baritat.

Prognosticul este de regulă bun, aderențele se lizează parțial sub acțiunea proceselor de fagocitoză și a peristaltismului intestinal care le disociază. Alteori procesul se accentuează însă progresiv. Prezența inflamației le întreține și le amplifică.

Diagnosticul funcțional se apreciază în raport cu interesarea intestinului și răsunetul asupra stării generale.

Capacitatea de muncă este în general păstrată. Poate fi însă redusă cînd procesul aderențial este extins, evoluează cu fenomene clinice generale și abdominale supărătoare și mai ales cînd locul de muncă solicită postură ortostatică prelungită sau prezintă vibrații și trepidații.

RECUPERAREA MEDICALĂ

Repausul la pat poate fi necesar pînă la 7—10 zile în perioadele de crize dureroase, cu deosebire postalimentar (în poziție clinostatică ventrală 30—60 minute). Alimentația se face cu mese fracționate în cantitate redusă și este adecvată suferințelor digestive existente. Este necesar un tratament antispasmodic, antialgic și substitutiv, dacă coexistă deficit funcțional digestiv.

Fizioterapia constituie un mijloc terapeutic de bază: raze ultrascurte sau ultraviolete pe regiunea dureroasă, comprese umede calde, cataplasme cu nămol sau parafină; curele se repetă cu un ritm variabil după necesități, cîțiva ani consecutiv.

Radioterapia este indicată numai în formele foarte dureroase.

Gimnastica medicală trebuie folosită în mod sistematic pentru întărirea centurii abdominale și pentru evitarea retracțiilor scleroase. Se pare că ar contribui chiar la lizarea par-

Scanned with OKEN Scanner

țială a aderențelor. Se recurge la exerciții pentru toate grupele musculare, cu flexia și extensia trunchiului. Respirația profundă de tip abdominal este indicată în perivisceritele din etajul superior.

Ergoterapia este necesară la persoanele tinere cu spitalizări îndelungate.

Psihoterapia ajută pe bolnav să depășească perioadele dureroase și în egală măsură să accepte că activitatea profesională bine aleasă nu poate fi dăunătoare.

Intervenții și reintervenții chirurgicale intraabdominale se fac doar de necesitate, în cazul complicațiilor mecanice din partea organelor digestive.

XIX.5. AFECȚIUNILE MEZENTERICE

Procesele patologice mezenterice interesează elementele sale constitutive: peritoneul, țesutul conjunctivo-adipos, vasele și ganglionii. Inaccesibilitatea la examenul obiectiv și paraclinic a mezenterului, precum și intricarea strînsă cu suferințele viscerelor și vaselor abdominale, explică greutățile întîmpinate în diagnostic și etiologie. În acest cadru se disting mai multe entități. Cele mai multe sînt secundare.

Paniculita mezenterică și mezenterita retractilă constituie singurele entități autonome. Diferențierea se face după predominența leziunii. Este demonstrată relația patogenetică între ele, cu evoluția stadială a aceluiași proces de natură necunoscută.

Țesutul conjunctivo-adipos al mezenterului răspunde la orice agresiune într-un fel univoc, prin necroză adipoasă, care evoluează progresiv și care se poate extinde la epiploon și mezocolon (6). În aceste procese se evidențiază o împletire între leziunile inflamatorii și de steatonecroză ale mezenterului. Uneori proliferarea ia o formă tumorală de dimensiuni considerabile, determinînd deplasarea și compresiunea intestinului, alteori realizează blocuri scleroase aderențiale. Mai des leziunea interesează mezenterul în întregimea sa, alteori doar rădăcina sa.

Scanned with OKEN Scanner

DIAGNOSTIC

Diagnosticul este dificil și deseori se face numai intraoperator. În paniculita mezenterică simptomul cel mai frecvent este durerea, nesistematizată, difuză. Se asociază tulburări de tranzit cu diaree, uneori alternînd cu constipații, alteori apar veritabile episoade oclusive. *Examenul obiectiv* poate fi negativ ori evidențiază un ușor meteorism, eventual se palpează o formațiune abdominală rău delimitată, ușor dureroasă. Probele biologico-funcționale sînt nesemnificative. Examenul baritat poate arăta relații fiziologice sau imagini de compresiune extrinsecă asupra stomacului și intestinului, motilitatea intestinală este scăzută.

Evoluția este mai des benignă și boala regresează spontan după 1—2 ani. Alteori evoluția ia un caracter mai sever prin participarea seroaselor și apariția unui exudat peritoneal, eventual pleural sau pericardic. Se pot forma și aderențe cu ansele intestinale vecine, cu posibilitatea stenozării lor și evoluție către mezenterita retractilă.

Mezenterita retractilă prezintă simptome clinice asemănătoare cu cele descrise la paniculita mezenterică. Durerile abdominale sînt însă mai violente, domină constipația, deseori alternînd cu diaree.

Evoluția este agravată de complicații mecanice: ocluzii intestinale, obstrucția vaselor limfatice sau a venelor mezenterice cu apariția unor tulburări circulatorii (hipertensiune portală segmentară, ascita). Unele observații menționează extinderea fibrozei retractile și în spațiul retroperitoneal. În general au potențial evolutiv nefavorabil. Treptat apar anasarcă ireversibilă, episoade oclusive intestinale în reșute, fenomene de peritonită plastică recidivantă.

Evoluția ca și prognosticul sînt determinate și de momentul inițiator, cînd există. Boala este mai benignă după traumatismele abdominale, infecții abdominale, pancreatite, în boala Crohn și tuberculoza intestinală, sau cînd apare ca reacție la un corp străin. („talcom") Evoluează mai rar în cadrul bolii Weber-Christian și bolii Whipple. Este foarte gravă în cursul carcinoidului. Prognosticul este determinat și de răsunetul asupra vaselor intestinale. Hipertensiunea venoasă poate determina tromboza venoasă, iar cea limfatică, obișnuită în cadrul acestei suferințe, formează uneori adevărate chiste limfatice și determină tulburări trofice ale pereților abdominali, edem intestinal, chiar ulcerații ale mucoasei intestinale. Se poate

Scanned with OKEN Scanner

de asemenea complica cu enteropatie cu pierdere de proteine și cu malabsorbție.

Deficitul funcțional, sub aspectul expertizei medicale a capacității de muncă, este determinat de sindromul dureros abdominal, gradul tulburărilor de malabsorbție, complicații și răsunetul asupra stării generale. De regulă, deficiența funcțională digestivă și metabolică este moderată, dar cu progresiunea leziunilor devine severă.

MĂSURI MEDICALE DE RECUPERARE

Repausul relativ în condiții de staționar este necesar în perioada de activitate a procesului de steatonecroză. Repausul profesional se păstrează atîta timp cît se mențin fenomenele de activitate a procesului inflamator mezenteric și fenomenele clinice și paraclinice de suferință.

Alimentația trebuie să respecte regulile unui regim de cruțare. Gradul restricțiilor este în funcție de tulburările intestinale și de toleranța individuală. Rația calorică trebuie să asigure totdeauna refacerea ponderală. În cazul enteropatiei exudative asociate se restrîng lipidele cu lanțuri lungi și se înlocuiesc cu cele cu lanț scurt.

Tratamentul suprarenocortical poate încetini procesul de fibroză.

Antibioterapia se indică în prezența unui sindrom de ansă stagnantă.

Radioterapia antiinflamatorie a dat uneori rezultate bune.

Tratamentul simptomatic are ca obiectiv suprimarea durerilor.

Măsurile chirurgicale se indică în cazul unor procese strict localizate sau în caz de ascită. Rezultatele sînt însă incomplete și tranzitorii (2).

RECUPERAREA SOCIOPROFESIONALĂ A BOLNAVILOR CU PERITONITĂ, PERIVISCERITĂ ȘI MEZENTERITĂ RETRACTILĂ

Se supune principiilor generale descrise. O deosebită importanță practică are *orientarea profesională a persoanelor tinere, necalificate, care au avut una sau alta din formele tuberculozei abdominale sau mezenterită retractilă.*

Ca regulă generală se contraindică orientarea către oricare forme de activitate care solicită eforturi fizice mari, activitatea în ateliere supraîncălzite sau în condiții atmosferice nefavorabile. Întrucît deseori este asociată și tuberculoza pulmo-

nară, se contraindică profesiunile care presupun activitatea în condiţii de variaţii mari de presiune, mediu cu emanaţii de gaze şi acizi toxici, substanţe iritante, pulberi de tot felul. Este bine să se evite orientarea profesională către industria alimentară, învăţământ, unităţi de îngrijirea copiilor (grădiniţe, creşe), maternităţi, case de naşteri, profesiuni care nu permit o alimentaţie regulată, cele care realizează la locul de muncă vibraţii şi trepidaţii, cele care solicită variaţii brusce, repetate şi staţionări prelungite în ortostatism.

Dintre profesiunile care nu solicită o calificare deosebită, se poate indica activitatea de: garderobier, etichetator, ambalator de obiecte mici, ştampilator, magazioner, pază interioară. În mediul agricol pot fi efectuate următoarele activităţi: îngrijitor de animale mici, de păsări, floricultură, sortator de seminţe sau fructe, apicultură ş.a.

Absolvenţii şcolilor generale pot fi orientaţi către următoarele profesiuni: lăcătuş în atelier, electromecanic, mecanic optician, mecanic de maşini (cusut, scris, calculat), ceasornicar, lenjerie, broderie, împletit dantelă, ceaprazar etc.

Absolvenţii liceelor teoretice pot fi orientaţi către orice activităţi tehnice şi de birou în condiţii de confort organic: contabil, economist, casier, secretar, dactilograf, traducător, bibliotecar, bibliograf, calculator, merceolog, radiofonist, frezor, rabotor, desenator tehnic, inginer, medic etc.

Reorientarea profesională se impune rar la persoane sub 40 ani şi numai atunci cînd vechea profesie ar întreţine, ar reactiva sau ar agrava boala şi cînd modificarea locului de muncă nu este posibilă din motive tehnice. Se vor considera aceleaşi principii generale ca şi la orientarea profesională.

După plasarea deficientului în muncă se va urmări adaptarea sau readaptarea sa prin examinări periodice de către medicul gastroenterolog şi ftiziolog teritorial, medicul internist şi medicul de întreprindere. Se va încadra la început cu program redus la şase ore pe zi, apoi cu program complet. Se va urmări consolidarea vindecării prin trimiterea anuală la cure balneo-climaterice, prin acordarea regimului dietetic la cantina-restaurant a întreprinderii sau a cartierului de domiciliu, prin sfătuirea fostului bolnav să evite băuturile alcoolice, navetismul, să respecte regimul de muncă-odihnă corespunzător.

De asemenea, fostul bolnav va fi ajutat să-şi rezolve problemele personale şi familiale situate la graniţa dintre viaţa profesională şi extraprofesională. În acest sens, un rol important îl au cabinetul de E.M.R.C.M. teritorial şi oficiul de asistenţă socială.

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. AVERBACH, A., ARNOLD, I., *Expertiza medicală a capacității de muncă*, Ed. de Stat pentru literatură științifică, București, 1953.
2. CAUBRIA, F., CERF, M., Rev. Prat, 31, 1973, 2827.
3. CIOBANU, Șt., CABA, E., Timișoara Medicală, 2, 1961, 15.
4. FAUR, A., *Peritoneul* în *Medicina Internă* (red. N. Lupu), vol. II. Ed. medicală, București, 1956.
5. FODOR, O., *Tratat elementar de medicină internă*, vol. II, Ed. Dacia, Cluj, 1973, 274, 326, 669.
6. GODQUIN, B., SAOUT, R., LOUPIAS, P., GARIPUY, A., BLANCHARD, J., J. Chir. (Paris), 3, 1972, 167.
7. HATIEGANU, I., *Clinică și patologie medicală*, vol. II, Ed. medicală, București, 1958.
8. RHOADS, J. E., *The peritoneum* în *Gastroenterology* (red. H. L. Bockus), vol. II, Saunders Comp., Philadelphia, 1964.

Scanned with OKEN Scanner

XX

RECUPERAREA BOLNAVILOR CU FIBROZĂ RETROPERITONEALĂ

DEFINIȚIE. DIAGNOSTIC

Fibroza peritoneală este o afecțiune rară, cunoscută și sub numele de sclerolipomatoză retroperitoneală, lipodistrofie retroperitoneală, periureterită cronică (4). Se caracterizează prin invadarea țesutului celulo-grăsos retroperitoneal de un proces fibroinflamator subacut difuz. Progresiv se dezvoltă o masă dură, compresivă, sidefie sau cenușie, care conține fibre colagene, fibroblaști și celule inflamatorii. Leziunile sînt maxime în zona prevertebrală, astfel că înglobează vasele mari. Difuziunea laterală a țesutului explică obstrucția unuia sau a ambelor uretere cu dezvoltarea hidronefrozei. Mai tîrziu pot apare și manifestări din partea intestinului.

Diagnosticul este sugerat de un sindrom dureros abdominal și de semnele de compresiune ureterală cu hidronefroză. Durerile au topografie difuză, lomboabdominală și își pierd de cele mai multe ori valoarea revelatorie, nefiind corect interpretate. În cursul evoluției se produc infecții urinare, apoi se ajunge la nefrită ascendentă și insuficiență renală. Urografia evidențiază modificări caracteristice ale ureterelor: o strîmtare efilată, deasupra căreia se observă sinuozități. Foarte frecvent ureterele sînt deplasate spre linia mediană, din cauza retracției. Destul de rar se constituie și hipertensiunea arterială, prin nefropatie și mai ales prin compresiunea arterelor renale (mecanism Goldbladt). Prinderea venei cave în blocul fibros se traduce prin edeme și tromboze ale membrelor inferioare și prin circulație colaterală abdominală. Compresiunea arterei aorte sau a iliacelor primitive evoluează cu sindroame ischemice ale extremităților inferioare. Rareori se realizează compresiuni ale pedicului hepatic, care duc la ascită (obstrucție portală) sau icter mecanic (obstrucție coledociană). Semne din partea intestinului — sigma în general — se observă în puține cazuri, realizînd aspecte de subocluzie sau constipație refractară. Bolnavii se emaciază rapid, sînt febrili, cu viteza de

Scanned with OKEN Scanner

sedimentare a hematiilor accelerată, încît se fac confuzii cu procese neoplazice. Diferenţierea este uneori posibilă doar în baza examenului histopatologic.

Evoluţia spontană este progresivă spre insuficienţă renală. În forma primitivă a bolii regresiunea este cu totul excepţională. Fibroza produsă de Methysergide se poate reduce în schimb rapid după întreruperea medicaţiei şi dispare chiar hidronefroza. Sînt însă cazuri cînd afecţiunea progresează în continuare.

PREMISE ETIOPATOGENICE ŞI FIZIOPATOLOGICE DE RECUPERARE

Cauza nu este cunoscută. În majoritatea cazurilor boala se prezintă ca idiopatică şi interesează cu deosebire vîrsta de 40—60 ani, fără diferenţe de sex (1, 2, 3, 4, 5, 6). Alteori, apare în mod secundar, în legătură cu infecţii bacteriene cu punct de plecare colic sau genital, sau după intervenţii chirurgicale pelviene, hematoame retroperitoneale. Asocierea semnalată cu boala Dupuytren, lupoeritemato-viscerita, fibroza pulmonară difuză, sugerează apartenenţa la grupul eterogen al colagenozelor. O variantă secundară toxică este cunoscută la bolnavi care au utilizat timp îndelungat derivaţi de ergotină sau antiserotoninice (Methysergid) ca terapie antimigrenoasă (6).

Capacitatea de muncă se pierde treptat în formele cu evoluţie malignă. În formele cu evoluţie benignă este necesar concediu medical de cîteva luni, timp în care se face intervenţia chirurgicală. În continuare, capacitatea de muncă se apreciază în funcţie de situaţia biologică a bolnavului, de prognosticul concret al cazului dat şi de solicitările locului de muncă. Dacă s-a intervenit în timp util, de regulă activitatea se reia în condiţii obişnuite, la vechiul loc de muncă, dacă acesta nu suprasolicită structurile musculo- aponevrotice abdominale anterioare şi posterioare.

RECUPERARE

MĂSURI MEDICALE

Sînt urmărite două principale obiective: stingerea procesului fibro-inflamator şi eliberarea organelor retroperitoneale comprimate. Cortizonoterapia este mijlocul terapeutic patogenetic la care se recurge sistematic. Curele se aplică îndelungat, timp de mai multe luni. Se obţine rapid afebrilizarea şi refacerea stării generale, reducerea durerilor, regresiunea sindroamelor compresive, pînă la completa lor dispariţie.

Scanned with OKEN Scanner

Intervenția chirurgicală își propune să degajeze ureterele, marile vase sau intestinul din țesutul fibros. De multe ori procesul se oprește în evoluție în urma unei astfel de intervenții. Sînt însă posibile și recurențe care impun operații în repetiție. Terapia cortizonică se impune și în continuare, în doze de întreținere. Rezultatele sînt cu atît mai bune, cu cît diagnosticul s-a făcut mai timpuriu.

Gimnastica medicală este un mijloc auxiliar la care se recurge pentru întărirea musculaturii abdominale și pentru redobîndirea supleții parietale. În același sens poate ajuta și fizioterapia, cu deosebire în etapa postoperatorie.

Psihoterapia reține o atenție particulară cu deosebire în direcția înlăturării preocupărilor cancerofobice întreținute de evoluția prelungită și de alura pseudoneoplazică a afecțiunii.

Problemele socioprofesionale ale recuperării

Constau din reorientarea — cînd este cazul — spre profesii care nu solicită eforturi musculare mari, ortostatism prelungit și variații frecvente ale posturii ortostatice, mai cu seamă activitatea aparatului musculo-aponevrotic lombo-abdominal. Se contraindică locurile de muncă unde se produc permanent trepidații și vibrații.

Reîncadrarea în activitate se face la început cu program redus, cu un sfert de normă, pentru trei luni pe an calendaristic. Dacă este necesar se asigură alt loc decît cel de bază. Se urmărește cu grijă, după normele generale, readaptarea la muncă.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. BERARDI, T., LEGGIO, A., NIGRI, G., Giornale Italiano di Chirurgia, 2, 1968, 167.
2. CORRIERE, J. N., MACKIE, J. K., MURPHY, I. J., J. de Urol. (Baltimore), 2, 1966, 161.
3. DUCROT, H., G. M. de France, 3, 1974, 223.
4. LE NEEL, J., C. I. LE NEEL, N., LEBORGNE, J., MOUSSEAU, M., Arch. Méd. Ouest 9, 1972, 707.
5. NEZELOF, C., WARTCKI, J. M., J. Chir. 4, 1968, 389.
6. PORZIO RODOLFO, Spectrum, 1972.

Scanned with OKEN Scanner

XXI
RECUPERAREA BOLNAVILOR CU VISCEROPTOZE

Visceroptozele reprezintă suferinţe complexe morfo-funcţionale ale organelor abdominale şi ale aparatului lor de susţinere. Ele constau din modificări de statică şi dinamică realizate prin alungiri, dislocări în sens distal, mobilizări, basculări şi rotaţii (4). În mod secundar atrag deficienţe funcţionale ale viscerului respectiv. Pot duce la variate complicaţii.

Visceroptozele sînt rezultatul a numeroşi factori biologici, şi socioprofesională, care în cele mai multe cazuri se sumează (1, 4, 5): scăderea tonicităţii şi elasticităţii peretelui abdominal; scăderea funcţiei de aspiraţie intratoracice şi a mobilităţii diafragmului; slăbirea formaţiilor ligamentare intraabdominale; scăderea rapidă a ţesutului grăsos intraabdominal cu rol de susţinere; scăderea tonusului sistemului neuro-vegetativ (cu dominarea tonusului vagal); acţiunea unor hormoni asupra formaţiunilor ligamentare (exces foliculinic); laxitatea constituţională a ţesutului conjunctiv; creşterea dimensională a unor viscere (splenomegalie, hidronefroză); sarcinile repetate (factor determinant pentru o mare parte din cazuri, cu efecte multiple).

La realizarea unora din aceste condiţii contribuie şi activitatea desfăşurată.

Factorii profesionali acţionează pe un teren predispus (*„habitus astenicus“*). Toate activităţile care necesită postura ortostatică favorizează visceroptoza, mai ales dacă însumează şi asocierea trepidaţiilor prelungite. Eforturile fizice mari şi în primul rînd cele efectuate în ortostatism cu înclinaţie anterioară (cum se întîmplă în activităţile agricole: săpat, plivit etc.) suprasolicită ţesutul musculo-aponevrotic abdominal, care cedînd contribuie, în contextul factorilor amintiţi, la producerea visceroptozei.

Visceroptoza este mult mai frecventă la femei (proporţie 8 : 1 faţă de bărbaţi). Interesează cu precădere vîrsta adultă, în plină capacitate de muncă, ceea ce generează multiple pro-

Scanned with OKEN Scanner

bleme sociale. Ptoza organelor digestive este frecvent asociată de nefroptoză, de regulă dreaptă şi mai rar bilaterală.

Simptomele clinice sînt adesea caleidoscopice, nesistematizate; domină un sindrom dispeptic hipostenic, cu accentuare în ortostatism şi tulburări neurovegetative. Abdomenul are tendinţa la aspect „în desagă", zona solară este sensibilă la presiune. Examenul radiologic evidenţiază gradul ptozei şi interesarea diferitelor viscere abdominale. Stomacul este mult alungit, cu evacuare întîrziată, coexistă stază duodenală (uneori cu sindromul de „pensă mezenterică", ansele intestinale sînt aglutinate în bazin, transversul este descins, în ghirlandă.

Diagnosticul trebuie susţinut prin examinări paraclinice, care să excludă (sau să confirme) suferinţe viscerale organice, deseori asociate. De asemenea trebuie precizată şi *etapa evolutivă în care se găseşte visceroptoza: compensată, decompensată sau de intoleranţă* (4).

1. *Etapa compensată* este lipsită de manifestări clinice semnificative şi de tulburări funcţionale.

2. *Etapa decompensată* se manifestă prin semne clinice şi radiologice evidente.

3. *Etapa de intoleranţă* se caracterizează prin permanentizarea semnelor de suferinţă, alterarea stării generale, slăbirea din greutate, reducerea capacităţii de adaptare la eforturi.

Pentru evaluarea capacităţii de muncă trebuie considerată starea generală a bolnavului, care în majoritatea cazurilor este alterată prin interesarea viscerelor extraabdominale. Adesea se asociază boli cronice pulmonare, hipotensiunea arterială cu sindrom ortostatic, acrocianoză, răcirea extremităţilor, hipofuncţie endocrină (cu deosebire suprarenală, tiroidiană), fenomene psihice (mai ales de tip asteno-depresiv), hiperemotivitate, fatigabilitate, deficit ponderal. Neuroza astenică este prezentă la o mare parte din bolnavi.

Capacitatea de muncă este de regulă păstrată, dar depinde în mare măsură de profesiunea şi locul de muncă, de etapa evolutivă şi de asociaţiile morbide existente.

RECUPERAREA
RECUPERAREA MEDICALĂ

În etapa compensată este suficient tratamentul prin regim igieno-dietetic, gimnastică medicală abdominală şi igiena activităţii profesionale.

În etapa decompensată sînt necesare intervenţiile chirurgicale recuperatorii, pe lîngă măsurile indicate în etapa anterioară.

Scanned with OKEN Scanner

În etapa de intoleranță, singura măsură recuperatorie indicată este intervenția chirurgicală, în primul rînd de refacere a peretelui abdominal, cînd în defectele acestuia stă cauza sindromului, dar rezultatele nu pot fi întotdeauna previzibile.

Regimul alimentar va fi complet, cu mese fracționate (4—5). Repausul la pat după masă, timp de 1—2 ore (clinodigestie) sînt verificate ca eficiente. În cazul asocierii unor afecțiuni viscerale, regimul alimentar va fi orientat în funcție și de acestea.

Tratamentul medicamentos are mai multe obiective: suprimarea stazei și atoniei prin administrarea de novocaină, spasmolitice, stricnină. Pentru combaterea stazei duodenale se administrează Insulină sau Reglan, sedative, tonice generale, sulfat de magneziu (dacă nu este asociată hipotensiunea arterială sistemică și/sau regională cerebrală). Vitaminele din grupul B, stricnina, anabolizantele proteinice contribuie la refacerea stării generale.

Centura abdominală mult recomandată în trecut, și-a pierdut din actualitate sub forma ei „sofisticată" cu anexe feluri te de gumă, plastic sau metal, deoarece este inconfortabilă. Un aport terapeutic neîndoielnic, cu efect prompt asupra acuzelor subiective, se obține cu ajutorul unui slip bărbătesc de baie, bine strîns (aplicat și închis în poziție clinostatică). Se poate renunța la el pe măsură ce starea de nutriție și tulburările funcțional-nevrotice se remit.

Cultura fizică și gimnastica abdominală urmărește, în primul rînd creșterea tonusului musculaturii centurii abdominale. Se practică progresiv, fără brutalitate, evitîndu-se ședințele lungi și extenuante (2). Eficiența sa rezultă și din rolul pe care îl are în reglarea sinergiei funcționale dintre pereții abdominali și organele digestive.

Exercițiile pentru abdomen indicate în visceroptoze se împart în două mari grupe: exerciții propriu-zise pentru trunchi sau abdomen și exerciții pentru membrele inferioare (în care mușchii abdominali contribuie prin contracții de fixare). Acestea pot fi efectuate pasiv, activ și cu rezistență din postura stînd pe genunchi, în poziție șezîndă, culcat sau atîrnat. Se însușesc mai întîi sub îndrumarea profesorului de gimnastică medicală, în condiții de ambulator, și continuă la domiciliu, sub autocontrol. Egală importanță trebuie acordată și exercițiilor de respirație, cu deosebire celor de tip abdomino-diafragmatic.

Refacerea ponderală contribuie mult la ameliorarea staticii abdominale. Se realizează cu ajutorul întregului complex de măsuri igieno-dietetice și medicamentoase aplicabile la denutriți.

Scanned with OKEN Scanner

Curele balneo-climaterice pot fi de mare utilitate. Staţiunile sînt selectate în funcţie de starea sistemului nervos, după efectul urmărit, excitant sau sedativ.

Intervenţia chirurgicală se indică numai după o analiză atentă a situaţiei şi după epuizarea procedurilor terapeutice nechirurgicale, în condiţiile unei evoluţii progresive a fenomenelor clinice, funcţionale şi generale. Are un caracter recuperator şi trebuie să satisfacă două principale condiţii: întărirea peretelui abdominal şi suprimarea reflexelor dureroase. Problema repunerii organelor deplasate la locul lor nu se indică pentru aparatul digestiv. Rareori este actuală şi numai în cazuri de nefroptoză şi prolaps uterin.

RECUPERAREA SOCIOPROFESIONALĂ (3)

Şcolarizarea deficienţilor se face în condiţiile obişnuite ale învăţămîntului de cultură generală.

Orientarea profesională are însă o deosebită importanţă pentru prevenirea decompensărilor datorate unor suprasolicitări ale centurii abdominale la nivelul locului de muncă. O atenţie deosebită trebuie acordată tinerelor fete. În decursul timpului s-a socotit a avea importanţă un anumit tip somatic, care ar predispune la visceroptoză: *„habitus astenicus“*, care a coincis într-adevăr cu un număr crescut de sindroame de acest tip. Morfologia generală a ptozicilor prezintă însă caractere la care participă atît tipul longilin, cît şi cel brevilin şi intermediar. Există totuşi unele caractere abdominale oarecum reprezentative pentru visceroptoze: proeminenţa globuloasă a abdomenului în regiunea subombilicală, care devine evidentă în postura ortostatică, contrastînd manifest cu escavarea regiunii epigastrice (4). S-a recurs la măsurarea diametrelor abdominale şi calcularea unor anumiţi indici, a căror valoare este influenţată prin slăbirea musculaturii abdominale şi ptoza viscerală(4). Urmărirea acestor indici ar putea căpăta o valoare deosebită în: indicaţia operatorie la persoane cu ptoze viscerale; urmărirea eficienţei intervenţiilor pentru visceroptoze; orientarea profesională a tinerilor cu tendinţă la ptoză viscerală.

Tinerii — în mod particular tinerele fete — cu ptoze viscerale, trebuie orientaţi către profesiuni care nu solicită eforturi fizice mari şi mai ales evită postura ortostatică prelungită — în special asociată cu aplecarea înainte — şi mersul prelungit. De asemenea se contraindică şi cele care suprasolicită ţesutul musculo-aponevrotic abdominal, care presupun vibraţii

Scanned with OKEN Scanner

(prin manipularea unor aparate, ca perforatoarele) sau trepidaţii continue la locul de muncă (postamentul unor maşini etc.).

Se vor orienta către acele profesiuni şi în continuare vor fi selecţionaţi pentru locuri de muncă ce permit o postură predominant şezîndă, cu posibiltatea de modificare în timpul activităţii, fără eforturi energetice mari şi fără solicitări mari ale centurii abdominale. Se recomandă locuri de muncă fără vibraţii şi trepidaţii.

Pentru absolvenţii şcolii generale sînt recomandabile foarte numeroase specializări: tăietor de piese mici, bobinator, polizor piese mici, montat piese mici, ceasornicar, şepcar, brodeză, lenjereasă, cusătoare de mînă, stopeuză sau alte multe activităţi similare.

Pentru absolvenţii liceului teoretic: desenator tehnic (de orice fel), activităţi de birou, electrotehnician, optician sau activităţi similare.

Reorientarea profesională nu este de regulă necesară. Rareori se impune schimbarea locului de muncă sau modificarea lui, astfel încît să nu favorizeze progresiunea bolii.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. HENNING, N., BAUMAN, W., *Lehrbuch der Verdauungskrankheiten*, S. Thieme Stuttgart, 1956.
2. IONESCU, N. A., STIRBU, I., *Curs de cultură fizică medicală*, (litografiat), Universitatea „Babeş-Bolyai", Cluj-Napoca, 1972.
3. MARIN, Fl., *Curs elementar de expertiză medicală şi recuperare a capacităţii de muncă*. Litografia I.M.F. Cluj-Napoca, 1973.
4. POPESCU, C., *Ptozele viscerale*, Editura medicală, Bucureşti, 1972.
5. TĂNĂSESCU, R., *Visceroptozele* în *Clinică şi patologie medicală* (I. Hatieganu), vol. II, Ed. medicală, Bucureşti, 1958, 539.

Scanned with OKEN Scanner

SUMMARY

Rehabilitation involves a complex dynamical activity with the participation of a great number of specialists, medical or nonmedical staff, as well as of the patient. It completes the medical act with its last sequence, reestablishment of the health in all its expressions. In a social sense it is one of the actions destined to amplify and use in a rational manner the manpower of each member of the society. According to the moment and force of action three steps of the rehabilitation can be distinguished: primary, secondary and tertiary rehabilitation.

Rehabilitation of the digestive patients requires a particular interest taking into account the significant gastrointestinal, hepatobiliary and pancreatical morbidity and the active period of life involved, with prolonged or recurrent invalidity. The book presents a general part in which the principles of rehabilitation are exposed systematically. The patient is regarded as a complex biopsychosocial being, in the middle of a reality to which he permanently has to adjust. Rehabilitation does not only aim at suppressing the disease, as a disconfort, but at healing in a wider sense, with the perspective of a creative and productive manifestation of the personality. It is obtained by an as complete as possible restoration of the functional capacity of the affected organs and of the whole organism, but also by the development of the compensating and adjusting mechanisms. All these can be achieved by a programme of individualized medical and socio-professional measures.

The medical measures for rehabilitation aim at the remission of the pathologic process and at the reestablishment of the disturbed functions including the increase of the functional remnant. General measures are taken such as those concerning the mode of life and feeding, as well as therapeutic measures with etiopathogenetic character among which we include the medical, surgical means, physiotherapy, kinesitherapy, balneo-climatotherapy, medical physical culture, occupational therapy, ergotherapy, psychotherapy. The educational-professional mea-

Scanned with OKEN Scanner

sures are related to the subjects and the environment in which he carries on his activities. Within this framework we may consider instruction and professional orientation in young unqualified patients, or professional guidance and reorientation in qualified patients. The working place may impose transformations according to ergonomic principles and for the protection of the deficient patient. The social measures represent the finalization of the recovery action and is concretized by the employment (or re-employment) of the former deficient patient. He will be supported for maintaining working place by measures such as the reduction of the working hours, exclusion of the night shifts etc., in his transfer and in all the cases for an active health care. An important role is played by the physician of the enterprise, the only one who is in the position to transpose into practice the scientific principles of rehabilitation.

A distinct chapter contains the methodologic problems and the principles of the medical evaluation of the working capacity. This is regarded as the starting point of the whole recovering activity. It must obey the criteria of a scientific act and it must always be substantiated by objective quantificated morpho-functional explorations. Evaluation of the morpho-functional rest upon which the recovery process will act, appears as a condition which should be taken into account in all the cases.

A section of the book presents data concerning morbidity and invalidity through digestive diseases, emphasizing the fact that these occupy place II and III in the general morbidity and invalidity. Chronic hepatitis and operated stomach constitute together 2/3 of the total number of invalid patients by digestive diseases.

Rehabilitation of the digestive patients is presented in detail at each disease. Every title is treated according to a unitary scheme: definition and nosologic delineation, diagnostic elements (required for the medical expert examination), etiopathogenetic and physiopathologic premises of the recovery (which open the perspective of the actions that will be undertaken), rehabilitation with its medical, professional and social aspects. Where necessary, the particular problems of the evolution and complications or of prophylaxis are discussed. The chapter begins with the recovery of the patients with gastroduodenal disease. An ampler discussion is presented on the patients with operated stomach. Within this framework the invalidity data (26,20% of the digestive invalidity on the whole) are presented and the postoperative adjustment reactions differentiated according to the type of surgery are described. Then the various syndromes occurring in the patients with gastric resection are discussed, with a detailed description of the rehabilitation methods: the jejunal syndrome (dumping), the malabsorption syndrome, afferent loop syndrome, jejuno-peptic ulcer, gastritis

Scanned with OKEN Scanner

and stomitis, gastric cancer, eso-cardial disfunctions and diaphragmatic hernias, the reintroduction of the duodenum into the circuit. The same scheme is respected for gastroenteroanastomosis, vagotomy and total gastrectomy. The problems of the medical evaluation of work ability are presented under their principal aspects.

The intestinal affections comprise disaccharidase deficiency, alimentary allergy, gluten enteropathy, Crohn's disease, tuberculosis, ulcerative colitis, ischemic syndromes and segmentary intestinal stasis. The rehabilitation in chronic pancreatitis is also presented. An important place is occupied by chronic hepatitis and liver cirrhosis. After the rehabilitation of the patients with biliary affections, the rehabilitation of the patients with peritoneal affections and with abdominal visceroptosis is presented.

In its operational development, the rehabilitation of the digestive patients might be schematized as follows: registration of the chronic digestive deficient patients from the area of the various institutions, by the physicians of the urban districts and of the enterprises. Then follows their introduction in the accounts of the centres of gastroenterology and of the outpatient departments, of the polyclinics or hospitals. Here, the diagnosis is verified, detalied, the corresponding therapy is applied, and in certain circumstances the admission to the hospital or recommendation of a spa resort is made. A scientific dispensarization, based on well established rules relating to each disease is imperative. The social problems will be solved by the cooperation of all the territorial services for medical expert examination with the family and with the institution in which the patient worked. If recovery was not possible in several months or it is not expected for the next period, a proposal for the expert medical examination is suggested and when necessary the deficient patients are classified in one of the degrees of invalidity provided for by the law.

The cooperation between the gastroenterologist, the internist, the expert in the recovery of the working capacity, the physician of the district and of the enterprise, the social medical assistant (nurses) constitutes a basis for the activity of rehabilitation which must always be assured.

Each chapter comprises a selective reference list which opens the perspectives for deepening the information.

BIBLIOTECA JUDETEANA
„GH.ASACHI"
IASI

Scanned with OKEN Scanner

Lector: FELICIA TEODOR
Tehnoredactor: L. HLAVATHY

Apărut: 1978. Bun de tipar: 30.I.1978. Comanda nr.: 1653. Coli de tipar: 19. Hîrtia: Scris I. A 80 g/m². Format: 61×86/16. Tiraj: 11.500+90+20 legate.

Tiparul executat sub comanda nr. 575/1977
la Întreprinderea Poligrafică Cluj, Municipiul Cluj-Napoca,
Str. Brassai nr. 5—7
Republica Socialistă România

Scanned with OKEN Scanner